



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

---

**IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA  
Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS  
EN PACIENTES CON COLOSTOMÍA  
PERMANENTE**

**TESIS DOCTORAL**

**DOCTORANDA: PURIFICACIÓN ALCALÁ GUTIÉRREZ**

**DIRECTORES:**

**DR. M<sup>a</sup> TERESA LABAJOS MANZANARES**


**DR. JOSÉ CARLOS CANCA SÁNCHEZ**

**2016**



UNIVERSIDAD  
DE MÁLAGA

AUTOR: Purificación Alcalá Gutiérrez

 <http://orcid.org/0000-0002-3519-4648>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización  
pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): [riuma.uma.es](http://riuma.uma.es)

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMÍA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

**Certificado directores de tesis**

D. <sup>a</sup> M<sup>a</sup> Teresa Labajos Manzanares, Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Málaga y D. José Carlos Canca Sánchez, Profesor Asociado del Departamento de Enfermería de la Universidad de Málaga.

CERTIFICAN

Que el trabajo de investigación presentado como Tesis Doctoral por D. <sup>a</sup> Purificación Alcalá Gutiérrez, titulado "IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMÍA PERMANENTE", ha sido realizado bajo su dirección y consideran que reúne las condiciones apropiadas en cuanto a contenido y rigor científico para ser presentado a trámite de lectura.

Y para que conste a los efectos oportunos, en cumplimiento de las disposiciones vigentes expiden y firman el presente certificado en Málaga doce de diciembre de dos mil dieciséis.

Fdo.:

Dra. D. <sup>a</sup> M<sup>a</sup> Teresa Labajos Manzanares

Fdo.:

Dr. D. José Carlos Canca Sánchez

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

***Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez***

*A mi padre y a mi madre...*

*todo vuestro esfuerzo está aquí...*

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dr. José Carlos Canca, Director de esta Tesis, por haber confiado en mí, incluso cuando ni yo misma confiaba, por hacerme ver que yo era capaz, transmitiéndome confianza y sabiduría en cada palabra, en cada gesto, en cada mirada, por darme la oportunidad de crecer.

Al Dr. Juan Carlos Toribio Montero por su calidad humana, paciencia infinita y capacidad de trabajo, su rigurosidad y enorme generosidad durante todo este tiempo ha sido imprescindible para la elaboración de este trabajo.

A Paco Rivas por la inestimable ayuda prestada desde la Unidad de Investigación, gracias por dedicarme tiempo acompañado siempre con una sonrisa y una paciencia interminable.

A mis compañeras Isa, Rosana, Ana, Eva, Juani, Marta y a todos los responsables y supervisores, por ayudarme cada día, darme el impulso necesario y hacerme sentir siempre acompañada.

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

A mi marido Cele y a mis hijas Irene y Helena, por vuestro amor hacia mí, gracias por todo lo que me dais, por apoyar mis decisiones y por ser el eje de mi vida. Cada página de este trabajo lleva vuestra energía, vuestras palabras de ánimo y una sonrisa, simplemente, gracias... lo sois todo....

A mis pacientes Eli, Irene, Salva, María ..... a Rocio y tantos otros , que me han permitido explorar su experiencia y poder ver como se enfrentan a la realidad con valentía , vuestro esfuerzo y espíritu de superación han sido y siguen siendo ejemplos para todos los que nos dedicamos al cuidado , gracias por ayudarme a desarrollar esta tesis, vuestra generosidad, fuerza e ilusión serán para siempre un ejemplo para mí.



## **Declaración de conflicto de interés.**

Tanto la doctoranda, como el Director de la tesis, declaran no tener ningún conflicto, ni interés derivado con terceros como consecuencia del desarrollo de este estudio.

# ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS .....	4
INTRODUCCIÓN .....	16
1. SALUD Y ENFERMEDAD .....	22
2. CÁNCER DE COLON O CÁNCER COLORECTAL (CCR) .....	28
2.1 Epidemiología y factores etiológicos del CCR .....	29
2.2 Factores de riesgo del cáncer colorectal (CCR) .....	36
2.2.1 Factores Genéticos y familiares .....	36
2.2.2 Factores Ambientales (Dieta y estilo de vida) .....	37
2.3. Anatomía colon y recto .....	38
2.4 Diagnostico y Síntomas del CCR .....	40
2.5 Tratamiento CCR.....	43
3. ENTEROSTOMIA DE ELIMINACIÓN .....	45
3.1 Enterostomía de eliminación .....	45
3.1.1 Historia .....	45
3.2 Etiología de la colostomía .....	48
3.2.1 Indicaciones.....	49
3.2.2 Tipos de colostomía.....	55
3.2.3 Complicaciones principales de las colostomías.....	56
4. IMPACTO PSICO-SOCIAL DE LA COLOSTOMÍA .....	60
4.1 Impacto individual y Afrontamiento a la colostomía.....	60
4.2 Impacto en la vida familiar /rol del cuidador .....	68
4.3 Impacto Económico .....	72
5. BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA .....	76
5.1 Concepto y definición de calidad de vida.....	76



5.2 Medición de calidad de vida relacionada con la salud ....	84
5.3 Instrumentos de medida de la Calidad de Vida .....	85
6. CUIDADOS ENFERMEROS .....	89
6.1 Modelo enfermero .....	91
6.2 Enfermería de Práctica Avanzada.....	96
6.3 Guías de práctica clínica .....	106
7. JUSTIFICACIÓN.....	120
8. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	124
8.1 Generales .....	124
8.2 Específicos .....	124
9. MATERIAL Y METODO .....	125
9.1 Diseño.....	125
9.2 Emplazamiento .....	125
9.3 Población y Muestra .....	129
9.4 Criterios de Inclusión y Exclusión .....	129
9.5 Descripción de las variables.....	130
9.6 Procedimiento y Recogida de Datos .....	135
9.7 Descripción de los instrumentos .....	136
9.7.1 Cuestionario de calidad de vida: STOMA-QOL.....	137
9.7.2 Índice de sobre carga del cuidador .....	138
9.7.3 Apoyo Socio Familiar .....	139
9.8 Análisis estadístico .....	140
9.9 Autorizaciones Y Aspectos Éticos .....	141
10. RESULTADOS.....	143
10.1 Características y descripción de la muestra .....	144
10.2 ANALISIS DESCRIPTIVO UNIVARIANTE .....	151

10.2.1 Intervenciones Fase Preoperatoria .....	151
10.2.2. Intervenciones Fase Postoperatoria .....	154
10.2.3 Intervenciones: Fase Ambulatoria.....	157
10.3 ANÁLISIS BIVARIANTE .....	160
10.3.1 Adherencia Intervenciones Enfermeras.....	160
10.3.2 Calidad De Vida del paciente con Colostomía.....	175
10.3.3 Calidad de Vida e Intervenciones Enfermeras ....	194
➤ Fase Preoperatoria Y Calidad De Vida .....	194
➤ Fase Postoperatoria Y Calidad De Vida .....	198
➤ Fase Ambulatoria Y Calidad De Vida.....	201
10.3.4 Asociación Comorbilidad y Calidad De Vida .....	203
10.4 Analisis Del Perfil Del Cuidador .....	206
10.5 RECURSOS SANITARIOS Y SUPERVIVENCIA .....	213
11. DISCUSIÓN .....	227
12. LIMITACIONES DEL ESTUDIO .....	289
13. CONCLUSIONES .....	293
14. BIBLIOGRAFIA .....	300
15. ANEXOS .....	340
Anexo1: Registered Nurses Association of Ontario .....	340
Anexo 2: Indice de Esfuerzo del Cuidador .....	342
Anexo 3: Cuestionario Stoma-Qol.....	343
Anexo 4: Cuestionario: Valoración Socio Familiar .....	344
Anexo 5: Solicitud de Consentimiento Informado.....	345
Anexo 6: Competencia"Manejo del paciente ostomizado" .....	346
Anexo 7: Mapa Competencial ASCS "Ostomias" .....	347

## **INDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Proceso de adaptación Bardin .....	61
Figura 2. Población y cobertura Sanitaria .....	127
Figura 3. Flujograma secuencial selección de la muestra .....	143
Figura 4. Perfil sociodemográfico_ Edad los pacientes .....	144
Figura 5. Tasa de adherencia en la Fase Preoperatoria .....	152
Figura 6. Tasa de Adherencia en la Fase Postoperatoria .....	155
Figura 7. Tasa de Adherencia en la Fase Ambulatoria .....	158
Figura 8. Edad _ Calidad de Vida .....	177
Figura 9. Manejo del dispositivo .....	178
Figura 10. Inseguridad por el dispositivo .....	179
Figura 11. Imagen Corporal .....	182
Figura 12. Sueño y Descanso .....	186
Figura 13. Función Social y Familiar .....	189
Figura 14. Ámbito Emocional .....	190

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

***Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez***

Figura 15.Índice de Esfuerzo del cuidador.....	210
Figura 16: Dias de Estancia Hospitalaria .....	214
Figura 17: Revisiones CCEE .....	217
Figura 18: Revisiones en Urgencias .....	218
Figura 19: Revisiones Atención Primaria .....	220
Figura 20: Cumplimiento Y Frecuentación .....	222
Figura 21.Función de Supervivencia .....	226

## **INDICE DE TABLAS**

Tabla 1.Ministerio de salud y consumo .....	33
Tabla 2.Incidencia de tumores y sexo en Andalucía .....	35
Tabla 3.Cuadro de Sintomatología .....	42
Tabla 4.Complicaciones Precoces. Elaboración propia .....	58
Tabla 5. Complicaciones Tardías. Elaboración propia .....	59
Tabla 6: Variabilidad Individual /Poblacional .....	107
Tabla 7.Resultados Sensibles a la práctica Enfermera .....	108
Tabla 8.Niveles de evidencia .....	116
Tabla 9. Recomendaciones: Fase preoperatoria .....	117
Tabla 10. Recomendaciones: Fase postoperatoria .....	118
Tabla 11.Recomendaciones: Fase ambulatoria.....	119
Tabla 12.Actividad Quirúrgica. Cáncer colon- Recto 2014 ....	128
Tabla 13.Variables Sociodemográficas y Clínicas.....	132
Tabla 14.Características Sociodemográficas .....	145

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

Tabla 15. Características Clínicas del paciente .....	147
Tabla 16 : Comorbilidad asociada.....	150
Tabla 17. Intervenciones Fase Preoperatoria .....	153
Tabla 18: Intervenciones en la Fase Postoperatoria.....	156
Tabla 19. Intervenciones Fase Ambulatoria .....	158
Tabla 20. Tasa de Cumplimiento por Fases .....	159
Tabla 21. Tasa de Cumplimentación y Edad .....	161
Tabla 22. Tasa de Cumplimentación y Sexo .....	163
Tabla 23. Tasa de Cumplimentación y Nivel de Estudios .....	165
Tabla 24. Tasa de Cumplimentación y Cuidador principal .....	167
Tabla 25. Tasa de Cumplimentación y Tipos de ostomía.....	169
Tabla 26. Tasa Cumplimentación vs Procedencia paciente .....	172
Tabla 27: Tasa Cumplimentación vs Causa de Colostomía....	174
Tabla 28. Calidad de vida y Cuestionario Stoma -Qol.....	176
Tabla 29. Variables sociodemográficos y calidad de vida .....	193
Tabla 30. Fase preoperatoria y Calidad de Vida .....	196

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

Tabla 31. Fase postoperatoria y Calidad de Vida .....	200
Tabla 32. Fase Ambulatoria y Calidad de Vida .....	202
Tabla 33. Intervenciones por Fases y Calidad de Vida .....	203
Tabla 34. Comorbilidad y Calidad de Vida .....	204
Tabla 35. Comorbilidad (HTA y EDAD) .....	206
Tabla 36. Revisiones Consultas Enfermería .....	215
Tabla 37. Frecuentación Consultas CCEE .....	216
Tabla 38. Frecuentación Consultas Urgencias .....	218
Tabla 39. Frecuentación Consultas Atención Primaria .....	220
Tabla 40. Frecuentación de consultas y complicaciones .....	223
Tabla 41. Supervivencia y cumplimiento de Intervenciones	225

## **INDICE DE ILUSTRACIONES**

Ilustración 1. Salutogénesis (Antonovsky, 1987) .....	27
Ilustración 2. Incidencia España: ambos sexos y edades.....	30
Ilustración 3. Colorectal Incidence Men (Globalcan 2012) .....	31
Ilustración 4. Colorectal Incidence Women (Globalcan 2012)	32
Ilustración 5. Anatomía Intestino Grueso.....	40
Ilustración 6. Estoma en asa. Fuente: ADO (2006) .....	52
Ilustración 7. Colostomía de Hartmann. Fuente: ADO (2006).	53
Ilustración 8. Colostomía Devine. Fuente: ADO (2006). .....	54
Ilustración 9. Mikuliez o cañón de escopeta. ADO(2006) .....	54



## **INTRODUCCIÓN**

El cáncer colorectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro medio. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es la cuarta causa más común de Cáncer en el mundo y una de las neoplasias malignas más frecuentes en la Unión Europea. En España, el cáncer colorectal es el tumor maligno de mayor incidencia, con cifras entre 28.500 y 33.800 nuevos casos cada año., 20.000 casos nuevos en hombres y 14.000 en mujeres.(Ferlay et al., 2014)

La mortalidad por cáncer de colon en España supone la segunda causa de muerte por cáncer, con una tasa de mortalidad del 7,01/100.000 hab.,(Borrás, Pareja, Peris, & Espinàs, 2008) pero a pesar de ello, el 54% de los pacientes que sufren un cáncer colorectal en España sobreviven más de 5 años siendo esta superior a la media europea, que es del 50% a los 5 años.

La cirugía sigue siendo hoy en día el único tratamiento curativo en el CCR a pesar de los importantes avances de los tratamientos neo adyuvantes, adyuvantes quimioterápicos y radioterápicos. Las operaciones más frecuentemente realizadas en tumores por encima del recto incluyen: hemicolectomía derecha, colectomía transversa,

hemicolectomía izquierda, sigmoidectomía, colectomía subtotal y colectomía total. Las resecciones a nivel de recto incluyen: resección anterior de recto, resección anterior baja de recto y amputación abdominoperineal.

Como resultado de estos procedimientos quirúrgicos se realiza con fines terapéuticos una ostomía. La colostomía comunica o fistuliza una víscera hueca con la superficie corporal, esta mucosa se sutura a la piel del abdomen en una zona distinta al orificio natural de evacuación, denominándose estoma.

Según la zona intestinal que se exteriorizada puede denominarse colostomía cuando se comunica el colon con la pared abdominal e ileostomía cuando la parte que abocamos a la pared abdominal es una porción de íleon. Entre los factores etiológicos que conllevan a la realización de una enterostomía de eliminación el cáncer colorectal (CCR), representa un 80% de las enterostomías que se realizan en España, seguida de la enfermedad Inflamatoria Intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa), que representa un 8% del total de las enterostomías efectuadas. Existen diferentes tipos de estoma en función de la porción intestinal seccionada y de la temporalidad de su permanencia. (H. G. M. González, Vera, Iturbide, & Montes, 2011)

Las personas ostomizadas tienen que hacer frente a una serie de dificultades relacionadas con la pérdida de control del esfínter anal y la presencia de una porción intestinal en el abdomen por donde se produce la eliminación de heces y gases que constituye una agresión e impacto a nivel físico (ruidos, malos olores, estreñimiento...), ya que tras la cirugía la persona deberá asumir de manera efectiva funciones fisiológicas que su cuerpo, hasta ese momento, realizaba de forma automática.

Es un reto para los sistemas sanitarios asumir el cuidado y la atención que necesitan estos pacientes asociados al incremento de la esperanza de vida y a la importancia que tiene para la sociedad actual el control de las patologías crónicas y degenerativas.

Evaluaremos en nuestro estudio cuales son los indicadores de cuidados con más evidencia en nuestro entorno sanitario, identificando la tasa de adherencia a las mismas y analizando el uso de los recursos sanitarios requeridos por estancia y por revisiones.(Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, 2009). La evaluación de los recursos sanitarios que son utilizados para la atención al paciente ostomizado debe por tanto adecuarse a la mejor recomendación y nivel de evidencia que los haga coste-efectivos.

En cuanto a la calidad de vida , podemos contextualizar, que la calidad de vida relacionada con la salud como la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación a su estado de salud y que nos permite conocer el impacto de la enfermedad y la eficacia del tratamiento recibido así como identificar los efectos secundarios.(Pachler & Wille-Jørgensen, 2012a)

Así pues en nuestro estudio vamos a explorar el impacto en la calidad de vida del paciente con cáncer colorectal y con colostomía analizando cuales son los factores que inciden en su vida tras la realización de la misma(Recalla et al., 2013a). Este conocimiento nos permitirá realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando e identificar las estrategias desarrolladas por personas portadoras de estomas digestivos para hacer frente a su situación teniendo en cuenta su entorno familiar y cómo impacta en su cuidador principal.(Bonill de las Nieves, 2008; Begoña Martín Muñoz, Panduro Jiménez, Crespillo Díaz, Rojas Suárez, & González Navarro, 2010a; Torquato & Decesaro, 2014a)

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMÍA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

Estudio observacional de cohorte retrospectivo en pacientes con colostomía permanente del Hospital Costa del Sol, después de un año, mediante revisión de historia clínica y aplicando un instrumento de recolección de datos con entrevistas telefónicas al paciente, grabadas y entrevistas telefónicas grabadas, al cuidador principal.

Esta tesis doctoral está estructurada en dos grandes apartados. La primera parte, Marco Conceptual y Teórico que consta de 6 capítulos, en los que se contextualiza el tema de investigación. El capítulo primero aborda los aspectos relacionados salud y la enfermedad sus conceptos, en el contexto político, social, económico y sanitario en España. El capítulo segundo se analizan aspectos relacionados con el cáncer de colon su incidencia y prevalencia, la mortalidad y la supervivencia. El capítulo tres aborda las enterostomías, etiología, tipos, indicaciones y complicaciones. El capítulo cuatro aborda el impacto psico-social de la colostomía, su impacto personal, familiar y económico. El capítulo cinco aborda el bienestar y la calidad de vida, debido a la realización de la colostomía y cómo impacta en la percepción de la misma



**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

***Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez***

Por último el capítulo seis aborda el cuidado enfermero al paciente con colostomía, el proceso enfermero, las practicas avanzadas en enfermería y las guías de práctica clínica en el cuidado enfermero.

La segunda parte, Marco Empírico, se estructura en 9 capítulos, en el primero, Justificación, se argumenta la necesidad de realización de este trabajo de investigación. En los capítulos 4 y 5, se desarrollan las cuestiones metodológicas del estudio, Objetivos, Material y Método. En los capítulos 5, 6 y 7 se exponen respectivamente los resultados de la investigación expresados en tablas y gráficos, la discusión y las limitaciones de la investigación. En el capítulo 8 se encuentran las Conclusiones, planteadas en relación con los objetivos propuestos. En el 9, Prospectiva, se proponen las futuras líneas de investigación que creemos sería interesante desarrollar. Por último, se incluyen las Referencias Bibliográficas utilizadas y los Anexos.

# **MARCO CONCEPTUAL Y TEORICO**

## **1. SALUD Y ENFERMEDAD**

La salud está íntimamente ligada a la evolución histórica y cultural, es por tanto que está sujeta a la evolución del pensamiento social y al avance científico construyendo de esta manera uno de los pilares del sistema de valores del ser humano (Pérez Tamayo & Tamayo, 1988). El concepto de salud ha ido evolucionando en función del momento histórico, de las culturas, del sistema social así como de la organización política económica y del nivel de conocimientos del ser humano, constituyendo siempre una de las metas a obtener para la humanidad. Ya desde la antigüedad el ser humano ha hecho esfuerzos por mantener su salud y se consideraba que existían personas con capacidad para restablecerla. Para muchas de estas personas la salud se fundamentaba en la existencia de dioses que curaban y se fundamentaba en la virtud mágica de hechizos y encantamientos. El curandero era brujo y tenía dos virtudes: por el conocimiento de plantas y preparación de pócimas y por su aproximación a los dioses. Las plantas de donde se extraían las infusiones y los bebedizos eran albergue de los espíritus de los dioses, que debían ser invocados

mediante ceremonias y rituales (Quintero, 2007). En la edad moderna comienzan los descubrimientos de principios anatómo-fisiológicos, y químicos que tienen relación con las alteraciones de la salud. En este mismo período comienza a separarse la creencia de que en las alteraciones por enfermedad hay una relación causal con el castigo de los dioses, demonios y malos espíritus.

Por tanto, la "construcción" del concepto salud/enfermedad y la percepción individual y social del cuerpo es modulado en todo tipo de sociedades por la intervención de agentes socioculturales ajenos a las prácticas sanitarias y a los poderes políticos, sus instrumentos sociales y grupos de presión (económicos, mediáticos, científicos, religiosos y culturales, entre otros), que hacen la vivencia del proceso totalmente individual y a su vez se condiciona una identidad social o identidad del yo vinculada al cuerpo.

Pero a pesar de que asistimos a distintas vertientes sobre la salud-enfermedad planteadas desde diferentes autores, se mantiene en común que la enfermedad es un fenómeno social que no se puede entender de otra forma si no es dentro de un contexto social y cultural.

Según Comelles y Perdigüero, una enfermedad se construye socialmente a partir de un fenómeno o conjunto de fenómenos los



cuales son juzgados como anómalos desde una determinada idea de salud y que suscitan variadas percepciones y reacciones, en uno o más grupos sociales en el marco de un contexto sociocultural específico (Perdiguero, Comelles, Erkoreka, Perdiguero, & Comelles, 2000). Ya para la primera mitad de siglo XX, la Organización Mundial de la Salud (OMS) consideraba la salud "como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de afecciones o enfermedades", asumiendo no solo el equilibrio biológico, sino el sistema de valores que la gente usa para interpretar sus relaciones con el orden social (Organización Mundial de la, 2004)

La inclusión de esto último como determinante de la salud genero un cambio, ya que la salud se integra en el mundo de lo social y dejó de depender del mundo de la sanidad, esto convierte a la salud en un derecho básico de las personas y el que la garantiza es el Estado.

El concepto de salud de la OMS, aunque significó un gran adelanto, todavía conservaba ciertas limitaciones. En la década de los 70, Milton Terris propuso una nueva definición: "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de malestar o enfermedad" (Amar, Martínez, & Utria, 2013).

Así se incorpora el elemento subjetivo de sentirse bien así como la capacidad funcional como aspecto objetivo.

Como se observa, su definición elimina la palabra completo, reconociendo puesto que la salud no es un absoluto, y separa la enfermedad y el malestar, ya que es posible la coexistencia de sentirse bien y la enfermedad. "Tenemos, en consecuencia, que entender la salud, no como un estado, sino como un proceso complejo y dialéctico; biológico y social; singular e interdependiente; alejado del equilibrio pero con cierto grado de estabilidad como consecuencia de mecanismos de adaptación y relaciones del ámbito dinámico, ecológico, cultural, económico, político, histórico y vital en el que existe libertad de elección" (Gavidia Catalán & Talavera, 2012). Durante el siglo XX y ya en pleno siglo XXI los cambios sociales y los avances científicos en el campo de la salud, el cambio en el patrón de la morbi-mortalidad, la revolución de los medios de comunicación e información y el fenómeno de la internacionalización han provocado una evolución positiva del concepto de salud hacia un enfoque positivo, dinámico y multicasual y social (Revel Chion, Meinardi, & Adúriz-Bravo, 2013) .

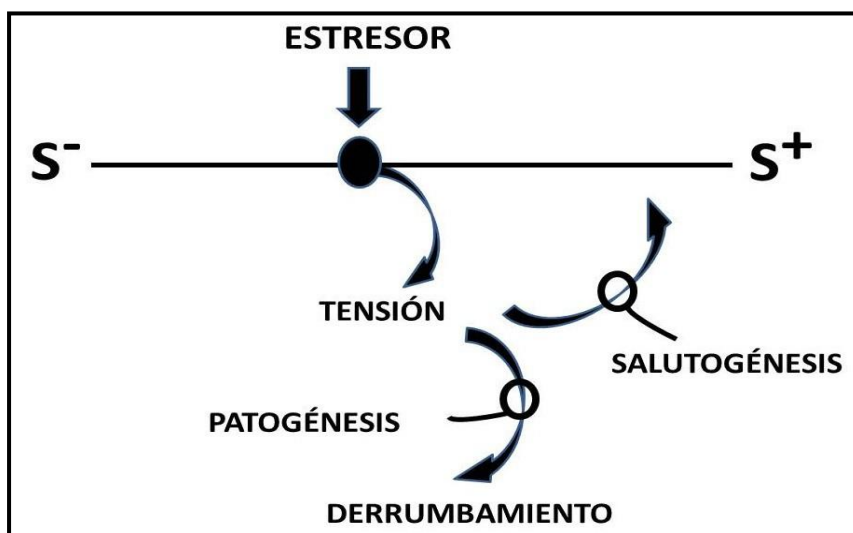
Como se describe en la salutogénesis el "continuum bienestar-enfermedad", como una línea horizontal entre la ausencia total de salud (S-) y la salud total (S+) y en el que todas las personas están posicionadas en algún punto de esta línea y según el autor todos los días nos encontramos con estresores a los que tenemos que enfrentarnos y que pueden alterar nuestra posición y nos ponemos en tensión. Aquí hay dos opciones, o bien nos vemos superados por las fuerzas patógenas y nos derrumbamos, o recuperamos nuestra salud por medio de la salutogénesis y nos movemos hacia el otro extremo (Antonovsky, 1996).

Con el paso del tiempo las enfermedades han ido cambiando progresivamente, mientras que algunas de ellas han desaparecido prácticamente, otras han ido emergiendo a pesar de los grandes avances científico técnicos. Por otro lado, el aumento de la esperanza de vida ha influido en el desarrollo de enfermedades degenerativas y crónicas, cuyo tratamiento no sólo se base en el descubrimiento del agente agresor para hallar una respuesta farmacológica, curativa e individualizada (Botello et al., 2013).

En este momento, nos encontramos ante un cambio paulatino, donde los conceptos de "salud" y "enfermedad" cambian debido a la construcción de nuevas posiciones de las sociedades uniendo conocer,

actuar y vivir. Por lo tanto, concluimos que la Salud se trata de un fenómeno de varias dimensiones y diferentes causas que trasciende superando y desbordando la competencia de las ciencias biomédicas y de la Enfermería, relacionándose además de la biología, la psicología, con la economía y la política, apelando a la necesidad de reforzar el enfoque interdisciplinar de los cuidados de salud, en tanto que es un asunto individual y colectivo al unísono (Ilustración 1).

***Ilustración 1. Salutogénesis (Antonovsky, 1987)***



Es necesario que las acciones de todos los profesionales respondan a las nuevas demandas de cuidados, sobre todo a aquellos problemas de alta repercusión social, como las enfermedades oncológicas, y a la promoción del autocuidado que capacite a las personas para participar activamente en la promoción y la recuperación de la salud.

Este nuevo enfoque posiciona a los profesionales de Enfermería a movilizar los propios recursos de la persona y de su entorno social con la finalidad de conseguir el mayor grado de autonomía, menos dependencia de los distintos niveles asistenciales (Juvinya-Canal, 2013)

## **2. CÁNCER DE COLON O CÁNCER COLORECTAL (CCR)**

En la actualidad sabemos que el cáncer es una enfermedad causada por el crecimiento sin control de una sola célula. Este es desencadenado por mutaciones y por una serie de cambios en el ADN que afectan de forma específica a los genes encargados de estimular un crecimiento celular ilimitado. Una célula normal tiene circuitos genéticos que regulan su división y la muerte celular, cuando estos circuitos se rompen en una célula cancerosa, ésta no puede dejar de multiplicarse (Mukherjee, 2014).

El cáncer de colon es la neoplasia maligna más frecuente del tubo digestivo y se produce en la mucosa que recubre el interior del colon y recto. La gran mayoría de los tumores malignos de colon recto colorectales se desarrollan sobre lesiones ya existentes en la mucosa, como pueden ser pólipos o enfermedades inflamatorias. El tipo de cáncer colorectal más frecuente es el adenocarcinoma (95% de los

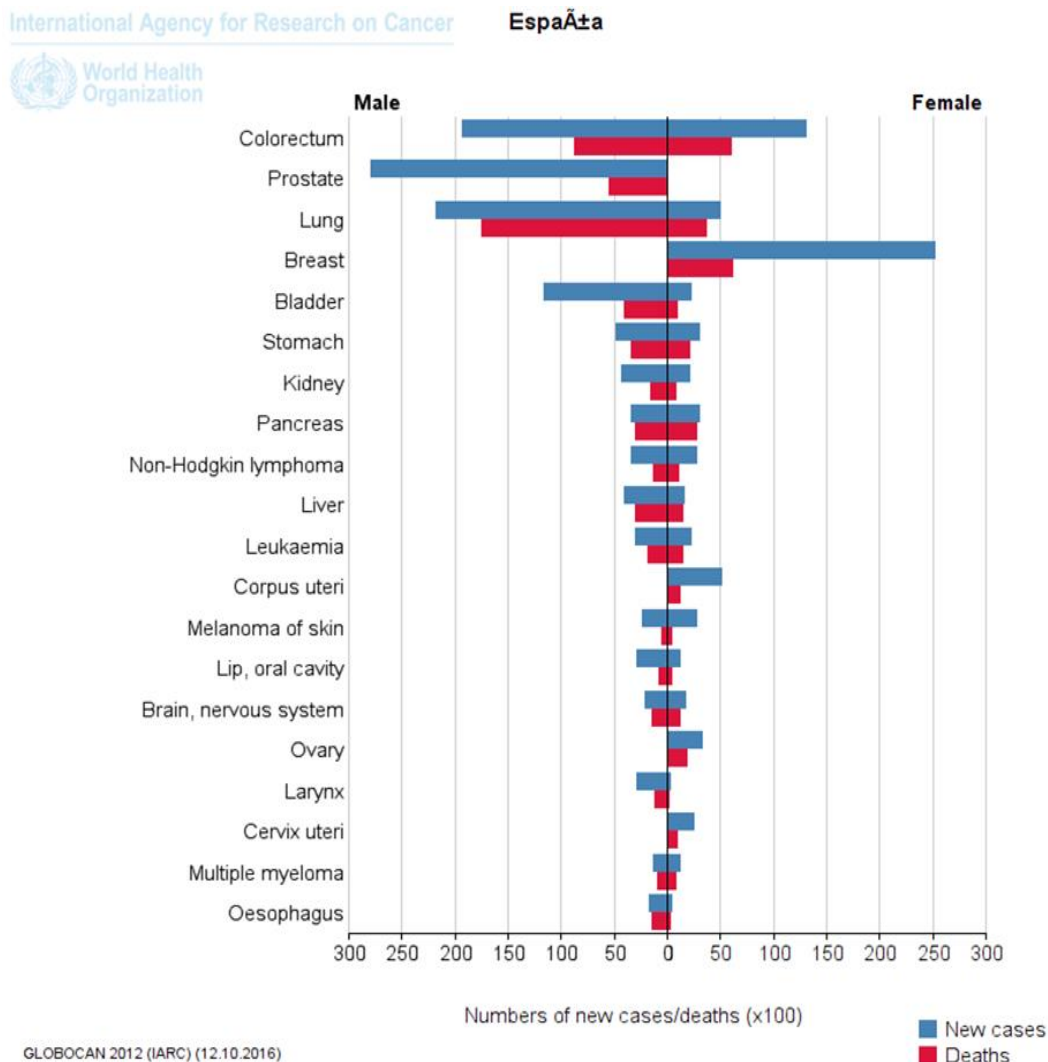
casos) y se produce en la mucosa que recubre el interior del colon y recto.

## **2.1 Epidemiología y factores etiológicos del CCR**

El cáncer de colon (CCR) es la tercera neoplasia maligna más frecuente en los varones detrás de la de próstata y pulmón y la segunda en la mujeres detrás del cáncer de mama (Ilustración: 2). Además se trata de un cáncer cuya incidencia no descende, como ocurre con otras neoplasias malignas, sino que está experimentado, en algunas regiones, un aumento considerable, llegando a suponer el 9.5 % de todos los tumores.

El proyecto GLOBOCAN de la OMS tiene el objetivo de proveer estimaciones actualizadas sobre la incidencia, mortalidad y prevalencia de los principales tipos de cáncer, a nivel nacional, de 184 países diferentes. Según el proyecto GLOBALCAN en 2012 se diagnosticaron a nivel mundial 1.360.602 casos nuevos de CCR, 746.290 en varones (10% del total de la incidencia de cáncer) y 614.304 en mujeres (9% del total). La tasa de incidencia estandarizada (población mundial estándar) 17.2 casos por cada 100.000 habitantes, 20.6 varones por cada 100.000 habitantes y 14,3 mujeres por cada 100.000 habitantes. (Ferlay et al., 2014; Soerjomataram et al., 2012).

## Ilustración 2. Incidencia España: ambos sexos y edades



La distribución mundial del CCR presenta diferencias significativas entre unas zonas y otras; Casi el 55% de los casos ocurren en regiones más desarrolladas, en general la incidencia es más alta Europa, Australia, Nueva Zelanda, América del Norte y Japón (40-60 por 100.000), mientras que tasas de baja incidencia son registradas en

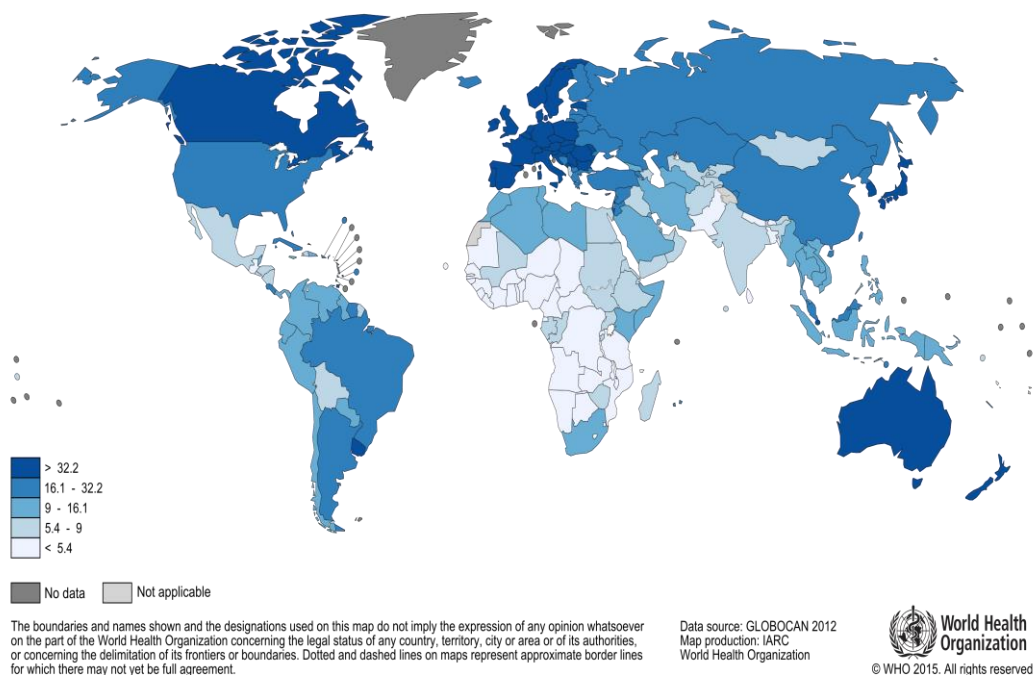
**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

África, América central y del Sur, y Asia central (India y Pakistán), hasta 10 veces. Se considera que los factores medio ambientales y la dieta están implicados en las diferencias geográficas.

Se observa que entre los inmigrantes y sus descendientes la incidencia se aproxima más a la de sus países adoptivos que a la de sus países de origen (Ferlay et al., 2014)

**Ilustración 3. Colorectal Incidencia Hombres (Globalcan 2012)**

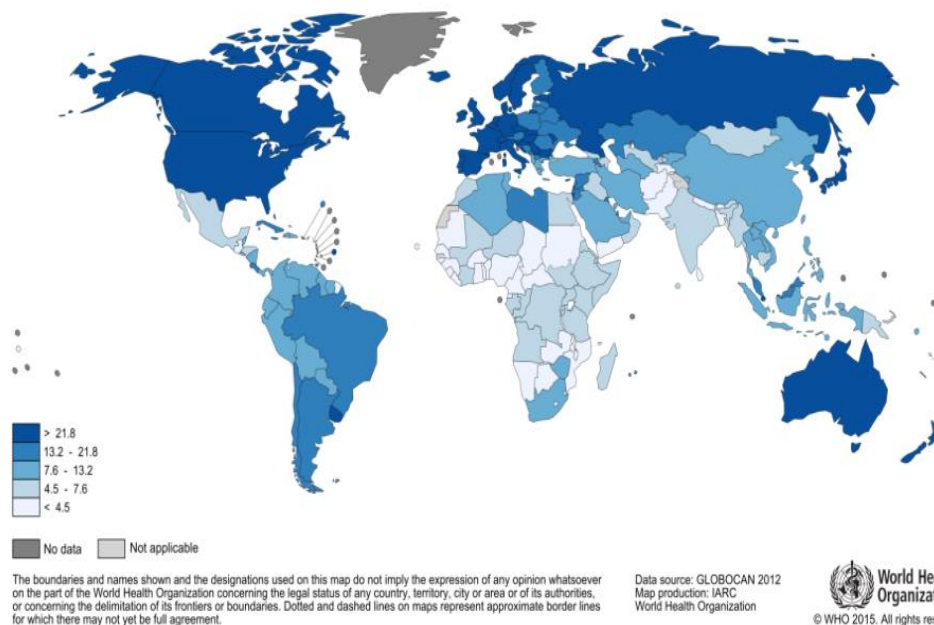


Si tenemos en cuenta la Unión Europea (EU-28), en el año 2012, se estimaron un total de 345.346 nuevos casos (31,3 por 100.000) 193.426 en hombres (39,5 por 100.000) y 151.920 en mujeres (24,4 por 100.000).



Las tasas más altas de incidencia se presentan en Eslovaquia , Hungría , Dinamarca , frente a las tasas bajas de Grecia y Lituania (García Muñoz, 2013).

**Ilustración 4. Colorectal Incidencia Mujeres (Globalcan 2012)**



Los datos GLOBOCAN estiman que en 2012 se registraron 32.240 nuevos casos de CCR en España. La tasa global de incidencia, estandarizada por población mundial, fue del 33,1 por 100.000 (España 43,9 por 100.000 en varones y 24,2 por 100.000 en mujeres). Estas cifras sitúan a España por encima de la media europea en cuanto a la incidencia de CCR . Sin embargo, puesto que contamos con una de las mayores esperanzas de vida del mundo, si comparamos la incidencia y mortalidad ajustadas por edad, la incidencia y la mortalidad en Europa

se homogenizan. De hecho, de acuerdo con los datos de la OMS, España no se encontraría entre los 20 países europeos con una incidencia y mortalidad ajustada por edad más elevadas de Europa. Frente a los países del sur de Europa ocupa la segunda posición tras Italia, tanto si nos referimos a incidencia como a prevalencia. En España, según la SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica) el cáncer constituye uno de los mayores problemas de salud y es una de las enfermedades más prevalentes.

**Tabla 1. Ministerio de salud y consumo**

INCIDENCIA POR TUMORES			
	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
1º	Colon	Pulmón	Mama
2º	Próstata	Próstata	Colorrectal
3º	Pulmón	Colorrectal	Pulmón
4º	Mama	Estómago	Cérvix
5º	Vejiga	Hígado	Estómago

La supervivencia media de los pacientes con cáncer de colon en España está dentro de la media de los países europeos (49.5% para cáncer de colon y 43% para cáncer de recto), que lo sitúan como 2ª causa de muerte por cáncer, en término medio en 16,8 por 100.000 habitantes/año para hombres y 12 por 100.000 habitantes/año para

mujeres.(Morillas et al., 2012).El CCR es en España, el tercero más frecuente en varones detrás del cáncer de próstata y el de pulmón, el segundo en mujeres, tras el de mama y si se tienen en cuenta ambos sexos, es el más frecuente. Según los registros del Instituto Nacional de Estadística, la incidencia es más alta en el norte de España (País Vasco, Girona), sin embargo, en la actualidad no se dispone de registros poblacionales de incidencia de cáncer en todas las comunidades autónomas. En el año 2011, según el INE (Instituto Nacional de Estadística), se produjeron en España 387.911 defunciones, de las cuales el cáncer supuso el 28.2%, siendo la segunda causa de muerte en la población por detrás de las enfermedades del sistema circulatorio y por delante de las enfermedades del sistema respiratorio.

El cáncer como causa de muerte mantuvo la misma tendencia ascendente que en los dos últimos años (2.0% más de fallecidos). La mortalidad inducida por este tipo de cáncer es de 10 muertes por cada 100.000 habitantes y año, con tendencia al aumento (García Palomino, 2016). La tasa de supervivencia a cinco años es del 90%- 92% en aquellas personas que han tenido una detección temprana del cáncer, pero sólo son detectados un 37% de estos cánceres en un estadio temprano. La supervivencia no supera el 50-60% a los cinco años del diagnóstico ,cualquiera que sea el síntoma de presentación de la

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

enfermedad (Ruiz-Ramos, Escolar Pujolar, & Hermosín Bono, 2005a). La tasa de mortalidad por CCR en Andalucía ha experimentado un aumento considerable, aumentando de 306 muertes en 1975 a 967 en 2001 en hombres, y de 440 a 805 muertes en mujer. De una forma global, podemos decir que el cáncer en Andalucía es la causa más frecuente de muerte en hombres y la segunda en mujeres y, entre los rangos de edad comprendido entre los 34 y los 75 años, resulta la primera causa de muerte para los dos sexos, aumentando su incidencia con la edad siendo (Expósito Hernández et al., 2007). Los tipos de cáncer que generan una mayor tasa de mortalidad en Andalucía (Tabla:2).

**Tabla 2. Incidencia de tumores y sexo en Andalucía**

Hombres		Mujeres
1º	Pulmón	Mama
2º	Colorectal	Colorectal
3º	Próstata	Estómago
4º	Vejiga	Vejiga
5º	Estómago	Pulmón
6º	Laringe	Útero

## **2.2 Factores de riesgo del cáncer colorectal (CCR)**

La aparición del CCR responde a una combinación de factores hereditarios como historia familiar de pólipos y cáncer colorectal, y ambientales como las dietas ricas en grasa, la ingesta de alcohol, tabaquismo y sedentarismo (Aguilar & Teresa, 2013). La mayoría de los tumores se localizan en el colon descendente, colon sigmoideo y recto, desarrollándose frecuentemente a partir de pólipos adenomatosos preexistentes.

El avance en el conocimiento de los mecanismos implicados en el desarrollo y la progresión del CCR y su aparición parece tener relación con factores genéticos / familiares y ambientales (Castells et al., 2009). Entre los factores de riesgo podemos distinguir, causas esporádicas que constituye aproximadamente el 70% de los casos, otra hereditaria (5-10%), y por último otra familiar (20%).

### **2.2.1 Factores Genéticos y familiares**

Los antecedentes familiares de cáncer colorectal aportan un mayor riesgo de desarrollar esta patología, si bien el incremento del riesgo varía en función de las características de la historia familiar. El 10% de los CCR aparecen en el contexto de ciertos síndromes familiares hereditarios (Tirado-Gómez & Mohar-Betancourt, 2008).

El riesgo de padecer CCR en personas con antecedentes familiares de esta neoplasia varía en función del grado del familiar afectado y la edad media en la que dicho familiar desarrolló la enfermedad. Así, cuando se trata de un familiar de primer grado el riesgo de CCR se duplica. La mayoría de estudios sobre grupos de población sugieren una susceptibilidad heredada de forma dominante a padecer adenomas y CCR que explicaría la mayoría de casos de CCR esporádico, sin embargo esta susceptibilidad puede ser variable en función del grado de exposición a factores ambientales (Fuchs et al., 1994)

### **2.2.2 Factores Ambientales (Dieta y estilo de vida)**

Los estudios epidemiológicos han identificado factores dietéticos que contribuyen al riesgo de presentar un Cáncer. La ingesta calórica total y la obesidad son factores de riesgo independientes en el CCR, aunque no existen datos concluyentes en cuanto al efecto protector de determinados hábitos dietéticos sí que están en estudio distintas sustancias con probable efecto protector en relación al CC como una dieta rica en folatos y calcio, pobre en grasa y carnes rojas.

No existen datos en el momento actual que apoyen la dieta rica en fibra y en antioxidantes como protectora (Morillas et al., 2012). A partir de estos estudios parece existir una correlación directa entre el

aumento de peso corporal y el cáncer de colon (Santamaría, Barrera, Ortega, Aragónés, & Gómez, 2004). Dentro de la prevención primaria las principales recomendaciones son (O'Sullivan, Brierley, & others, 2015)

- Abandono del hábito tabáquico y evitar el consumo excesivo de alcohol.(Castells et al., 2009)
- Realizar ejercicio físico regular parece tener un efecto protector. (Morillas et al., 2012)
- La ingestión de carnes rojas se ha asociado a un incremento del riesgo de cáncer colorectal(C. A. González et al., 2004)
- Fármacos: la aspirina y los anti-inflamatorios no esteroideos pueden disminuir la formación de pólipos y promover la regresión de los mismos aunque todavía no existen resultados definitivos al respecto (Castells et al., 2009)

### **2.3. Anatomía colon y recto**

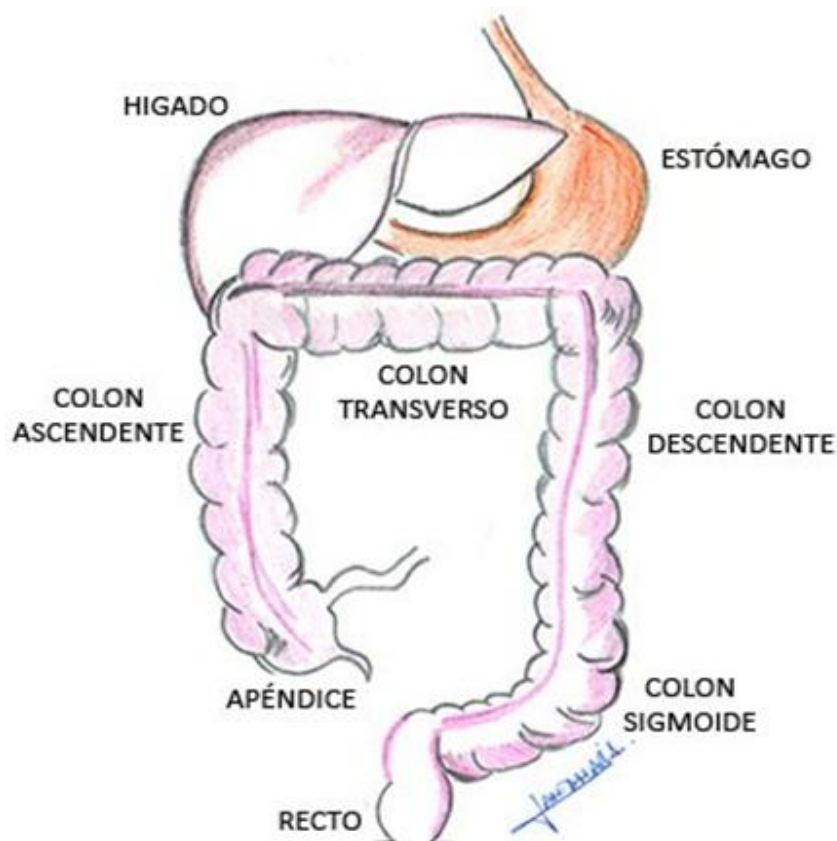
El intestino grueso se extiende desde la válvula ileocecal hasta el margen anal se diferencia colon, recto y ano- parte terminal del tubo digestivo. En este tramo se acumula gran parte de la patología del tubo intestinal.

La primera porción del intestino grueso está situada en la parte inferior derecha del abdomen, es donde desemboca el intestino delgado y se llama **ciego**. A partir de este punto el colon asciende hasta llegar a la zona del hígado (**colon ascendente**) y atraviesa el abdomen (**colon transverso**).

El colon se dirige posteriormente hacia abajo, denominándose **colon descendente**, hasta que llega a una zona denominada **sigma** que desemboca en el **recto** y termina la final en el **ano** que se abre al exterior por el esfínter anal a través del cual se eliminan las heces.



**Ilustración 5. Anatomía Intestino Grueso.**



## **2.4 Diagnostico y Síntomas del CCR**

Histológicamente el CCR más frecuente es el adenocarcinoma y la presentación más habitual es el colon sigmoideo tanto en el hombre como en la mujer (Tirado-Gómez & Mohar-Betancourt, 2008). La prueba de test de sangre oculta en heces (TSOH) y colonoscopia

confirmatoria puede permitir el diagnóstico en estadios más precoces, y así poder reducir la mortalidad.

Hay muchos casos de cáncer de colon que no presentan sintomatología, por el contrario hay síntomas, que pueden ser indicios de este tipo de cáncer y que a su vez pueden variar en función de la localización en el interior del intestino grueso. La monitorización de estos es de importancia para establecer un plan de tratamiento y de esta manera poder conseguir su control (Castells et al., 2009) También la localización de la lesión será un aspecto a tener en cuenta a la hora de plantear el tratamiento de elección, como es el caso de realizar una colostomía cuanto más cerca se encuentre el tumor del margen anal.

La sintomatología más habitual y que pueden presentar (Tabla: 3) (Tirado-Gómez & Mohar-Betancourt, 2008):

**Tabla 3. Cuadro de Sintomatología**

SINTOMAS	MANIFESTACIONES
<b>Dolor abdominal</b>	Dolor inespecífico, se produce cuando el tumor cierra parcialmente el calibre del tubo intestinal se produce un cuadro de dolor abdominal tipo cólico.
<b>Obstrucción intestinal</b>	Cierre completo del calibre del tubo intestinal es una situación clínica grave. Acompañado de estreñimiento prolongado, náuseas, vómitos dolor abdominal y malestar general.
<b>Sangre en las heces</b>	Sangre roja: frecuente en tumores de sigma y colon descendente y Sangre negra: las heces se mezclan con sangre dando lugar a deposiciones de color negro llamadas melenas, aparecen con más frecuencia cuando el tumor está situado en colon ascendente.
<b>Sangre oculta en heces</b>	Tras cierto tiempo de sangrado y cuando la hemorragia no es detectada suele aparecer una anemia que puede producir, en mayor o menor medida, una serie de síntomas como la sensación de falta de aire, cansancio, palpitaciones o mareo.
<b>Cambio en el ritmo de las deposiciones</b>	Aparece diarrea o estreñimiento en personas con ritmo intestinal previo normal, aunque, lo más frecuente es que se intercalen periodos de estreñimiento con periodos de diarrea.

<b>Heces más estrechas</b>	Se produce porque el tumor está estrechando el intestino y no permite el paso normal de las heces
<b>Tenesmo o sensación de evacuación incompleta</b>	Aparecer en tumores localizados en la parte más distal del colon
<b>Cansancio extremo o la pérdida de peso</b>	Síntomas generales e inespecíficos que ocurren tumores de colon avanzados.

## **2.5 Tratamiento CCR**

La resección quirúrgica es el tratamiento de elección del CCR, y va a depender el pronóstico de la enfermedad en gran medida de la extensión de la misma en el momento del diagnóstico. En determinadas cirugías es necesaria la creación de un estoma de protección con carácter temporal, con el objetivo de asegurar la anastomosis termino- terminal. El empleo de este tipo de estomas de protección en las resecciones anteriores ultrabajas ha supuesto una reducción en la tasa de fugas anastomóticas que requieren reintervención urgente por fallo de la sutura y, en las severas consecuencias clínicas de dichas fugas por la peritonitis fecaloidea consiguiente (Rautio, Kairaluoma, & Sand, 2016).

En estos casos está recomendada la realización de la ileostomía en asa como técnica de enterostomía de protección, ya que tiene menos tendencia al prolapso postoperatorio. Las opciones quirúrgicas en el cáncer colorectal son:

- Hemicolectomía derecha (se reseca el colon derecho)
- Colectomía transversa (se reseca el colon transverso)
- Hemicolectomía izquierda (se reseca el colon izquierdo)
- Sigmoidectomía (se reseca el sigma)
- Resección anterior baja (se reseca la parte superior del recto)
- Amputación abomino-perineal (se reseca la parte inferior del recto)
- Colectomía subtotal (se reseca todo el colon menos el recto)
- Panproctocolectomía (se reseca todo el colon y el recto)

Paralelamente y dependiendo del tipo de riesgo del paciente y la estadificación de su tumor, está indicado la administración de tratamiento sistémico con quimioterapia adyuvante con o sin radioterapia.

## **3. ENTEROSTOMIA DE ELIMINACIÓN**

### **3.1 Enterostomía de eliminación**

La “ostomía” consiste en un procedimiento quirúrgico mediante el que se deriva una víscera hueca al exterior mediante su exteriorización y sutura a la piel, para facilitar la salida de los productos de desecho del organismo, teniendo que portar una bolsa de forma temporal o permanente para la recogida de los mismos. A la parte de la víscera que queda sujeta a través de la piel, se le denomina “estoma” cuya etimología proviene del griego que significa boca o abertura.

El estoma es normalmente redondo y sobresale entre 1.5 y 2.5 cm. del nivel de la piel del abdomen. Cuando se comunica el colon con la pared abdominal se denomina colostomía y cuando comunica con el íleon se llama ileostomía.

#### **3.1.1 Historia**

La primera referencia histórica que se tiene sobre las ostomías se sitúa en el periodo Hipocrático.

Es muy posible que los primeros estomas consistieran en fístulas fecales por heridas de guerra, trauma, u obstrucción intestinal que eran motivo de muerte en los guerreros. Esta intervención quirúrgica para el alivio de la obstrucción fue descrita por Praxágoras de Cos (384-322 a.C.) en tiempos de Aristóteles. Realizaba fístulas entero cutáneas practicando una punción percutánea con un hierro candente y el objetivo era formar una fístula intestinal, especialmente en el íleon.(Guindic, 2006).

Ya en la Edad Media (s. XIII-XV), existe una evolución teórica de la proctología de la mano de Johannes de Ardene (1307-1390) el cual comienza a tratar fístulas, abscesos y heridas, y diagnostica el cáncer de colon como proceso incurable. En el siglo XVIII, Littré (1710) recomendó la práctica de cecostomía inguinal transperitoneal en todos los pacientes con ano imperforado. Sugirió que "debía ser necesario llevar el intestino a la superficie del cuerpo, como un ano".

La primera colostomía transversa documentada se acredita a Fine (1797) en Génova el cual descomprimió una obstrucción por cáncer rectal, extrayendo un asa de intestino y suturando el mesenterio a la piel.

A mediados del siglo XIX la cirugía experimentó un enorme desarrollo, Dominique Jean Larrey (1766-1842) y su sucesor Guillaume Dupuytren (1777-1835) en Francia, implantaron esta técnica con inquietud por perfeccionarla, y se exploran las diferencias entre la realización de la colostomía extraperitoneal y la transperitoneal, inguinal o lumbar y entre colostomía en asa y terminal. El estudio comparativo realizado por Van Erckelens con la técnica de Amussat y el método de Littré, identificó que de ellos, el 40% habían muerto, debido a la invasión bacteriana y a la caquexia, y no por la apertura de la cavidad peritoneal durante el acto quirúrgico. Con este trabajo se dio el impulso definitivo a la técnica transperitoneal.

Van Erckelens identificó cuáles eran las desventajas para el paciente de ser portador de un ano lumbar y en contraposición a las ventajas de la técnica transperitoneal sobre todo en lo relativo a su manejo y sus cuidados (Roig, Solana, & Alós, 2003).

Desde allí se inicia en cirugía la práctica de estas técnicas mejorándolas con el paso del tiempo, utilizándose nombres de algunos por la huella dejada hasta la actualidad, como el francés Hartmann y el inglés Miles, ya que sus nombres identifican las técnicas más usadas en nuestro hospital (Santander A, Astudillo D, & Manterola D, 2013).



### **3.2 Etiología de la colostomía**

La extirpación del ano genera como consecuencia una colostomía permanente por lo que no es posible realizar reconstrucción, quedando la colostomía de forma definitiva. Las causas más frecuentes son carcinoma de recto y ano, traumatismos ano-rectales enfermedades neurológicas y lesiones inflamatorias.(H. G. M. González et al., 2011).

La colostomía como abertura exterior debe ser de aspecto sonrosado, igual que el del interior de la boca, puede cambiar de tamaño durante un tiempo después de la intervención y carece de control voluntario sobre la eliminación. La colostomía está localizada habitualmente en la zona inferior izquierda del abdomen (en el colon sigmoideo o descendente), aunque puede estar en la derecha y a veces en el centro. La mayor parte de las heces que salen por la colostomía son más suaves y líquidas que las heces evacuadas normalmente, de color marrón y con salida de gases.

Los datos estadísticos de nuestro territorio, de aquellos pacientes que tuvieron en España alta hospitalaria con diagnóstico de "estado de apertura artificial" según el CMBD en 2013 (último año con datos disponibles publicados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad) fueron un total de 28.462, siendo el diagnóstico más numeroso (8.939) colostomía, seguido de apertura artificial de

tracto urinario cistostomía (5.463), traqueostomía (4.882), gastrostomía (4.399) e ileostomía (3.163).

### **3.2.1 Indicaciones**

Las colostomías se realizan con el objetivo de desviar el tránsito intestinal y/o descomprimir el intestino grueso. Las indicaciones para una colostomía son las siguientes:

- La obstrucción de colon es una de las causas más frecuentes de obstrucción por enfermedad diverticular, enfermedades inflamatorias del intestino grueso, estenosis post-radioterapia del colon o de origen isquémico.
- La perforación de colon se acompaña de peritonitis localizada o generalizada.
- Los traumatismos de colon, heridas pequeñas (que comprometen menos del 25% del perímetro del colon), grandes laceraciones, zonas con desvascularización, shock prolongado, asociado con lesiones de otros órganos, requieren ser tratadas con colostomía.

#### **1. Según su Ubicación:**

Anatómicamente, esto es, según la porción u órgano implicado.

- Ileostomía y Yeyunostomía a las porciones del intestino delgado Íleon y Yeyuno respectivamente.
- Colostomía a las que se refieren al intestino grueso.

2. Según su Función:

- Ostomías de nutrición: para alimentar al paciente.
- Ostomías de drenaje: medio descompresivo de líquidos y gases.
- Ostomías de eliminación de contenido fecal.

3. Según Tiempo de Permanencia:

**Definitivas:** Estomas terminales: Se realizan cuando no es posible restablecer el tránsito intestinal con posterioridad debido a que el segmento distal del colon ha sido extirpado. El carcinoma de recto y ano, junto a traumatismos ano-rectales, las causas congénitas, el prolapso rectal, las enfermedades neurológicas y lesiones inflamatorias son las causas más frecuentes de realización del estoma.

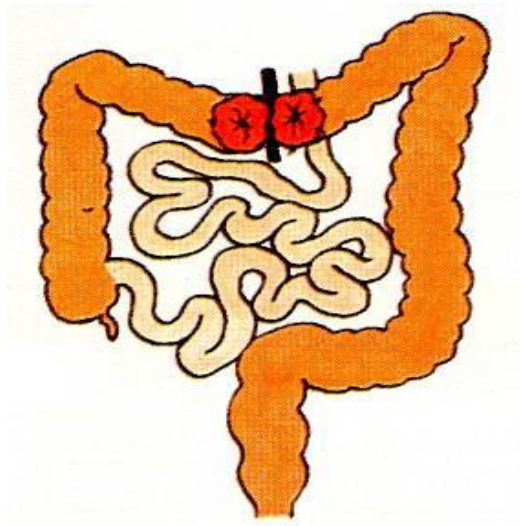
**Temporales:** Permite desviar el tránsito intestinal de forma temporal sin desviarlo de forma completa. Se realizan para resolver la fase aguda de algunas enfermedades en cirugía de urgencia y para evitar la aparición de complicaciones en caso de no haber tenido éxito

algunos tipos de intervenciones quirúrgicas. Una vez resuelto el problema por el que se realizan, se procede a cerrarlas volviendo a establecer el tránsito intestinal normal. Las causas más frecuentes son oclusión intestinal por neoplasias, peritonitis generalizada (protección de anastomosis), enfermedad diverticular, vólvulos de colon, traumatismos de colon, fístulas recto-vaginales o recto-vesicales y malformaciones congénitas.

Existen varios tipos de colostomías temporales:

**Colostomías en asa:** Se exterioriza un segmento móvil del colon y se mantiene en el exterior por medio de un tutor o barrilla, quedando dos aberturas exteriorizadas, en el extremo proximal, el estoma, y en el distal, la fístula mucosa. En el caso que el problema que causó la necesidad de construir la ostomía se solucione y se pueda reconstruir el tránsito intestinal.

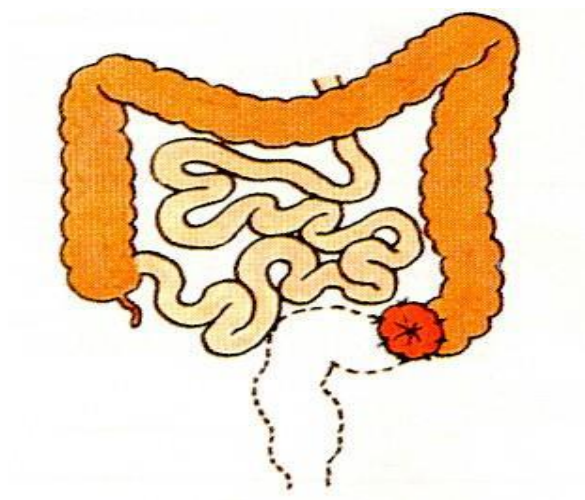
***Ilustración 6. Estoma en asa. Fuente: ADO (2006)***



**Cecostomía:** En ella se extrae una parte del ciego o bien, se coloca una sonda para descomprimir

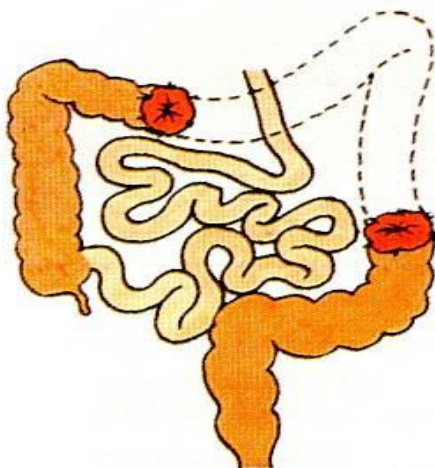
**Colostomía de Hartmann:** Se realiza cuando se considera necesario resecar una parte del colon (descendente o sigma) y no practicar una anastomosis en la misma intervención. El colon proximal se aboca al exterior como una colostomía sigmoidea y el distal se cierra suturándolo dentro de la cavidad abdominal.

***Ilustración 7. Colostomía de Hartmann. Fuente: ADO (2006).***



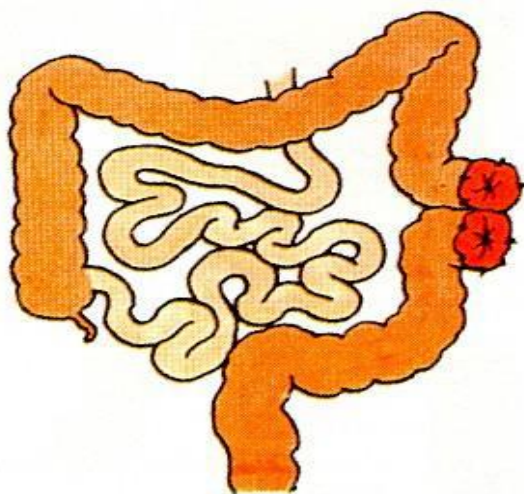
**Colostomía doble:** Se secciona el colon y los dos extremos se fijan a la piel, juntos o dejando un puente cutáneo entre ellos. Se exteriorizan los dos extremos del colon de forma separada, formando dos estomas diferentes, uno elimina heces y el otro recibe el nombre de fístula mucosa.

***Ilustración 8. Colostomía Devine. Fuente: ADO (2006).***



**Colostomía de Paul Mikuliez o cañón de escopeta:** Se realiza después de resecar un segmento del colon, uniendo los dos cabos entre sí a nivel de la cara posterior, quedando un estoma funcional y una fístula mucosa.

***Ilustración 9. Mikuliez o cañón de escopeta. ADO(2006)***



### 3.2.2 Tipos de colostomía

TIPOS COLOSTOMIA	LOCALIZACION	INDICACIÓN	CARACTERÍSTICAS EFLUYENTE
<b>Colostomía terminal</b>	Colon izquierdo, sigmoideo o descendente.	Carcinoma de recto y ano.	Heces sólidas, formadas no irritantes en colon sigmoideo.
<b>Colostomía temporal en asa</b>	En cualquier parte de colon, más frecuente en transverso o Sigmoideo.	Oclusión intestinal Por neoplasias. Peritonitis generalizada. Enfermedad diverticular. Vólvulos de colon. Traumatismos de colon. Fístulas rectovaginales o rectovesicales. Malformaciones congénitas.	Heces semilíquidas, poco irritantes en colon transverso y Heces firmes sólidas no irritantes en colon sigmoideo.
<b>Colostomía temporal de Hartmann</b>	La común a todas Las temporales.	Las comunes a todas las colostomías Temporales.	Heces semilíquidas, poco irritantes en colon transverso y heces firmes sólidas no irritantes en colon sigmoideo.
<b>Colostomía temporal Devine</b>	La común a todas las temporales.	Las comunes a todas las colostomías temporales.	Heces semilíquidas, no irritantes en colon transverso y heces firmes sólidas no irritantes en colon sigmoideo.
<b>Colostomía temporal Paul Mikuliez o cañón de escopeta</b>	La común a todas las temporales.	La común a todas las temporales.	Heces semilíquidas, no Irritantes en colon transverso, heces firmes sólidas no irritantes colón sigmoideo.
<b>Cecostomía</b>	La común a todas las temporales.	Las comunes a todas las colostomías Temporales.	Heces líquidas muy irritantes.



### **3.2.3 Complicaciones principales de las colostomías**

En la realización de una colostomía pueden aparecer complicaciones precoces y /o tardías las cuáles suelen aparecer en el postoperatorio inmediato, siendo la mayoría de estas, consecuencia directa de la intervención y pueden precisar para su resolución tratamiento específico o una nueva intervención (Ruiz-Tovar, Morales-Castiñeiras, & Lobo-Martínez, 2010)(Tabla 5).

Autores como Recalla et al (2013a), en su revisión sistemática determino las recomendaciones basadas en la evidencia para las enfermeras que cuidan ostomías y evaluó qué intervenciones dirigidas por enfermeras son eficaces para mejorar el cuidado de la ostomía y el cuidado de la piel periestomal, reduciendo así el grado/ frecuencia de complicaciones en poblaciones de adultos mediante la revisión de estudios cuantitativos descriptivos acerca de las complicaciones más frecuentes usado por Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO). Las tasas más altas de complicaciones para la piel periestomal eran para la dermatitis irritante después de la fuga ambas como resultado de que el paciente o cuidador maneja de forma no correcta el dispositivo de colector.

Las complicaciones más frecuentes que se han identificado en relación con el estoma han sido la hernia para-estomal, la separación mucocutánea, retracción, prolapso, y estenosis. (Tabla 6)

Se ha podido identificar una mayor incidencia de complicaciones en las mujeres (Pittman et al., 2008), por el contrario las complicaciones relacionadas la etnia, el nivel de estudios del paciente no presentaron resultados significativos en los estudios revisados. De igual forma como predictores de la aparición de complicaciones en la ostomía y en la piel periestomal son varios los estudios que incluyen factores como la edad (menores de 42 años), la causa por la cual se realizó la ostomía (por ejemplo, cáncer de colon o enfermedad inflamatoria intestinal), la falta de marcaje del estoma y también, si el paciente ha recibido educación previa sobre cómo manejar la ostomía antes de la cirugía (H. G. M. González et al., 2011).

El desarrollo de complicaciones en el paciente genera un retraso del alta hospitalaria ya que el paciente experimenta una incapacidad para participar en el cuidado de su estoma, y se enfrenta a un mayor riesgo de reingreso hospitalario. (G. Salvadalena, 2008)

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

*Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez*

**Tabla 4. Complicaciones Precoces. Elaboración propia**

TIPOS	TIEMPO DE APARICIÓN	TRATAMIENTO	PREVENCIÓN
<b>Necrosis</b>	Postoperatorio Inmediato	Quirúrgico	Control del color de la mucosa
<b>Infección y separación mucocutánea</b>	Primera semana del postoperatorio	Quirúrgico	Observación del estoma para detectar infección
<b>Hundimiento Postoperatorio</b>	Inmediato	Conservador ó quirúrgico	Hábitos higiénico-dietéticos
<b>Hemorragia</b>	Primeras horas del postoperatorio.	Aplicación de una gasa impregnada con adrenalina o sutura del vaso	Evitar roce de los dispositivos con el estoma
<b>Edema</b>	Postoperatorio Quirúrgico	Observar color y aspecto dela mucosa.	Adecuar dispositivo al tamaño de la mucosa

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

*Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez*

**Tabla 5. Complicaciones Tardías. Elaboración propia**

TIPOS	TIEMPO DE APARICIÓN	TRATAMIENTO	PREVENCIÓN
<b>Estenosis</b>	Después del alta hospitalaria/meses/años	Realizar dilataciones digitales con el dedo enguantado y vaselinado Quirúrgico	Hábitos higiénicos dietéticos. Evitar estreñimiento.
<b>Hernia</b>	2 primeros años	Quirúrgico	Evitar esfuerzos físicos y aumento de peso.
<b>Prolapso</b>	Después del alta hospitalaria/meses/años	Reducción manual en colostomías en	Evitar situaciones que aumenten la presión intraabdominal
<b>Hemorragia</b>	Primeras horas del postoperatorio.	Aplicar gasa con adrenalina o sutura del vaso	Evitar roce de los dispositivos con el estoma
<b>Edema</b>	Postoperatorio Quirúrgico	Observar color y aspecto de la mucosa.	Adecuar dispositivo al tamaño de la mucosa
<b>Retracción</b>	Después del alta hospitalaria/meses/años	Quirúrgico	Cuidados del estoma y piel periestomal Hábitos higiénicos
<b>Mala posición</b>	Después del alta hospitalaria/meses/años	Quirúrgico	Marcaje del estoma
<b>Fístulas</b>	Después del alta hospitalaria/meses/años	Curas locales/Qco	Cuidados del estoma y piel periestomal
<b>Granulomas</b>	Después del alta hospitalaria/meses/años	Cauterización con nitrato de plata.	Cuidados del estoma y piel periestomal
<b>Irritación cutánea</b>	Después del alta hospitalaria/meses/años	Revisión y curas locales en función de la evolución	Cuidados del estoma y piel periestomal

## **4. IMPACTO PSICO-SOCIAL DE LA COLOSTOMÍA**

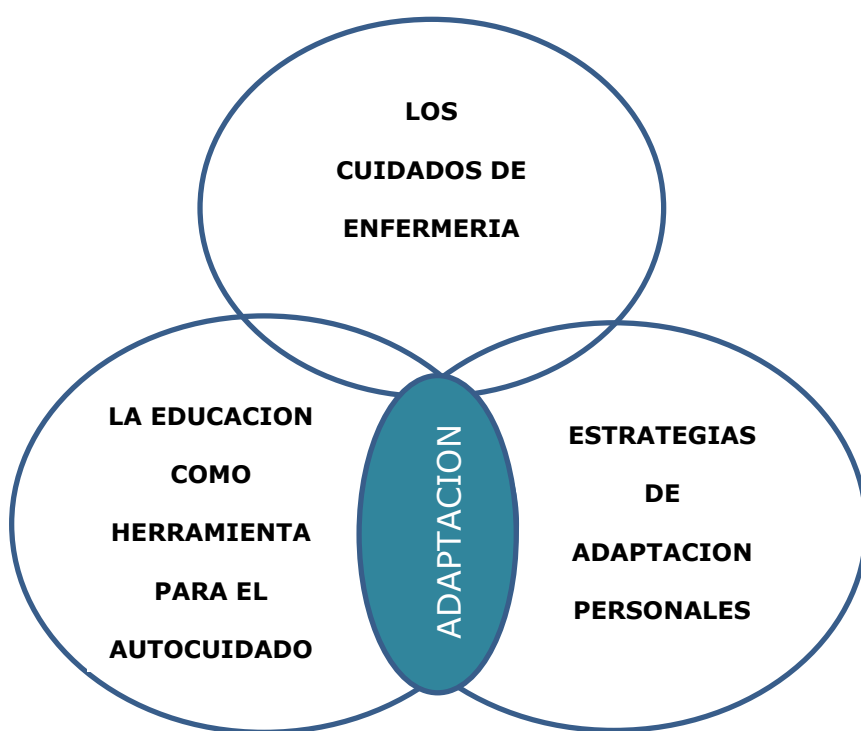
### **4.1 Impacto individual y Afrontamiento a la colostomía**

El cáncer colorectal constituye la principal causa para la realización de una colostomía. Tras la realización de la misma la persona tienen que hacer frente a una serie de dificultades relacionadas con presencia de intestino en el exterior, en el abdomen y la pérdida del control de su esfínter anal. La creación del estoma y la continencia perdida, se vive como una alteración importante de la personalidad, comparable a las mutilaciones. Esto puede conllevar una alteración en la convivencia social y dar lugar a que la persona piense que no es del todo normal por parte de la sociedad debido a un cuerpo "imperfecto" (Goffman, 2014; Silva & Shimizu, 2006)

El modelo de Callista Roy basado en los posicionamientos adaptativos de sujetos para enfrentar los estados de salud define este concepto de adaptación como "el proceso y resultado por medio del cual las personas con pensamientos y sentimientos, en forma individual o grupal, utilizan la conciencia consciente y eligen para crear una integración humana y ambiental" (Díaz de Flores et al., 2002).

La revisión de Torquato & Decesaró (2014), explora los factores que intervienen en el proceso de adaptación de las personas con un colostomía y el papel que las enfermeras tienen en dicho proceso. En su estudio realizó búsquedas en bases de datos entre 2008 y 2013, se realizó un análisis temático cuantitativo de Bardin, que sugiere tres categorías par la adaptación:

**Figura 1. Proceso de adaptación Bardin**



Si analizamos las primeras fases, el paciente debe hacer frente a la noticia del diagnóstico de cáncer de colon y a la posibilidad de

realización de una colostomía y por tanto, a un sentimiento de angustia psicológica que puede ocasionar incertidumbre o inseguridad acerca del proceso e incluso de su vida (Hugosson et al., 2010; Mota et al., 2015). La respuesta emocional puede variar dependiendo de factores como la personalidad, edad, nivel cultural y apoyo familiar, sin embargo, hay sentimientos comunes a la mayoría de pacientes, entre otros la sensación de vulnerabilidad ante esta situación en la cual, se ha producido un gran cambio en su salud, debiendo aceptar el cambio, afrontarlo y adaptarse a él (B. Martín Muñoz & Montesinos Gálvez, 2011).

Este padecimiento humano ante el cáncer, como enfermedad crónica, y ante la colostomía, se define como un proceso multidimensional, caracterizado por una ambigüedad de sentimientos, que afecta tanto al paciente como a sus familiares, los cuales se convierten en su principal recurso de apoyo tanto físico como psicológico (Montoro et al., 2012). Esto incluye la capacidad de superar el estigma de su apariencia por el estoma y las actividades que implican la interacción social alterada, necesitando apoyo de su entorno, familiares y amigos para adaptarse a los cambios y al estoma. Por tanto, son los profesionales sanitarios los que tienen que servir como recurso de información, para el fomento de la autonomía de atención y del autocuidado pues cuanto más informado este el paciente, más

suave será el proceso de adaptación (Simmons, 2014a). Estos cambios en sus circunstancias físicas y personales, requieren mecanismos de adaptación psicológicos que van a ser decisivos en el afrontamiento de la nueva solución (Begoña Martín Muñoz et al., 2010a).

El impacto que provoca la colostomía sobre el funcionamiento psicológico, social y sexual percibido por el paciente, es para Knowles, Cook, & Tribbick,( 2013a), el principal aspecto predictivo que nos va a servir para conocer el bienestar de los pacientes colostomizados y como dicha aceptación o el manejo del estoma afecta a su calidad de vida a largo plazo. En la literatura ha quedado evidenciado por Olbrisch ( 1983a), que son múltiples los estudios que recogen un porcentaje elevado de pacientes colostomizados son los que sufren alteraciones en los aspectos psicosociales entre los que destacan:

- **Función social:** En estos pacientes hay una disminución en las actividades sociales y de ocio, un aumento de los problemas de pareja y un menor contacto con sus familiares y amigos (Simmons, 2014b).
- **Relaciones sexuales,** Las relaciones con la pareja dependerá tanto de la efectividad y relaciones previas a la intervención, como de la repercusión de esta en su propia sexualidad, en función del concepto que el propio individuo tenga de su pareja y suyo. En los últimos



años diferentes estudios han analizado como los pacientes sometidos a tratamiento y con intervenciones quirúrgicas por cáncer rectal han presentado como consecuencia del procedimiento disfunción sexual que dificulta la adaptación a la ostomía, interfiere en las relaciones personales y genera aislamiento social (Beck & Justham, 2009; Symms et al., 2008). Así pues se pueden identificar ciertos trastornos como la abstinencia sexual, la impotencia en el hombre y la frigidez en la mujer, lo cual, afecta en las relaciones interpersonales, ya que la sexualidad es mucho más que relaciones sexuales y forma parte integral de la personalidad de las personas.

Todo esto provoca un cambio en la adaptación , influenciado por aspectos y cuestiones religiosas, éticas, o la vergüenza y por el pudor que genera la ostomía , bastante evidente en el hombre y más se acentuado en la mujer (Black, 2004).

- **Entorno profesional**, relacionadas con el rendimiento pleno en el puesto de trabajo (Persson, Gustavsson, Hellström, Lappas, & Hultén, 2005), estando presente una alta proporción de pacientes que sufren una pobre adaptación al estoma lo que nos sugiere que los progresos tecnológicos y los avances en las técnicas de cuidado aplicados no son suficientes.(Fontán et al., 2016).Estas dificultades se ven mejoradas con la autoeficacia o el autocuidado, entendida

como la habilidad realizar tareas relacionadas con el cuidado de su estoma que parece favorecer una mejor adaptación psicosocial y calidad de vida (Pittman, Kozell, & Gray, 2009a). La incorporación en el mercado de mejoras en los dispositivos y los nuevos recursos a los que pueden acceder los pacientes con colostomía tales como reservorios, obturadores, la irrigación para la evacuación higiénica del contenido fecal, les deberían ayudar a ganar seguridad y autoconfianza para poder llevar una vida social y unas actividades de ocio normales. (*Stoma Care* \_Williams, 2008).

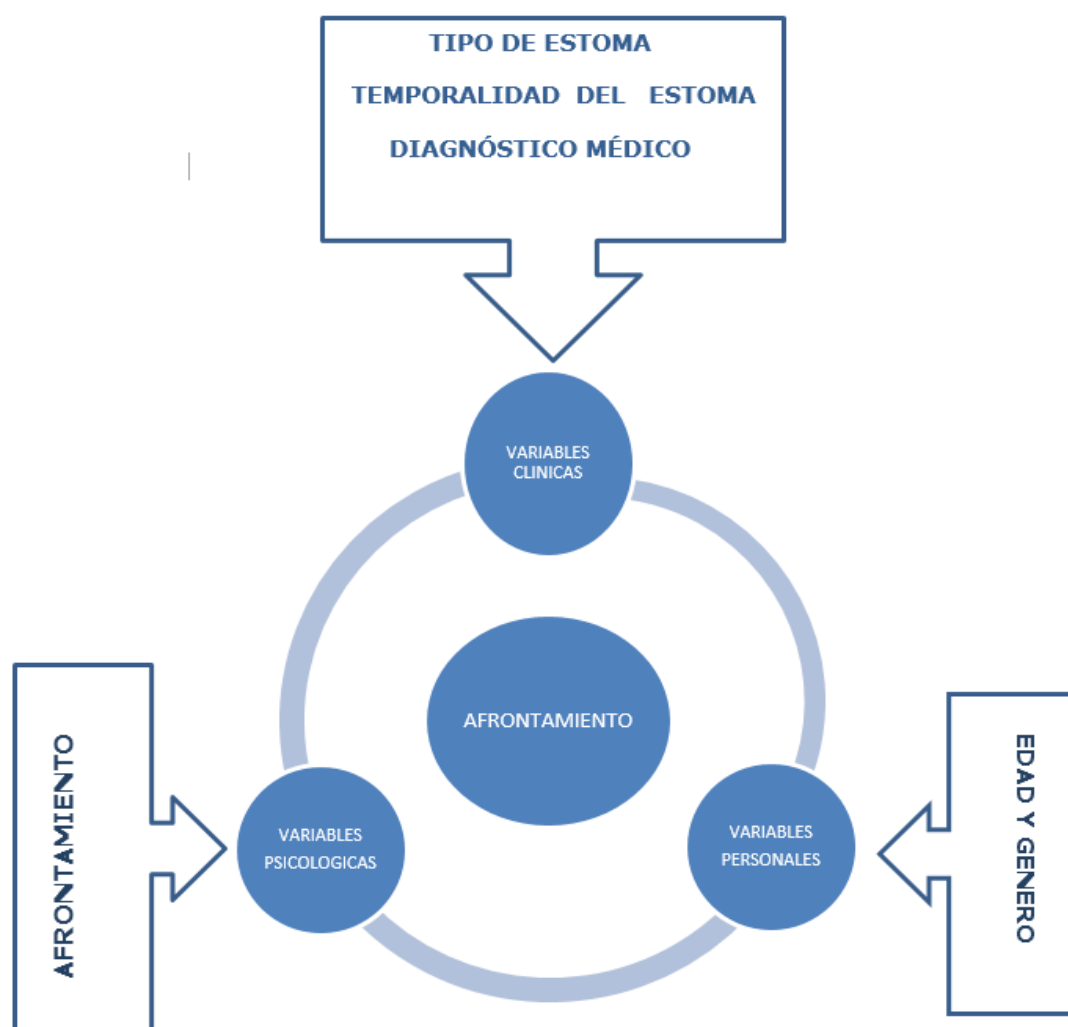
- **Aspectos psicológicos:** El paciente con cáncer presenta una preocupación principal por dos aspectos, que es el temor a la recidiva y a la muerte. Este proceso de adaptación al estoma, en un sentido general y siguiendo la propuesta de (Knowles et al., 2013a) está directamente relacionado por las relaciones establecidas entre variables clínicas, variables personales y variables psicológicas. Dentro de las variables clínicas, este autor señala el tipo de estoma, la temporalidad del mismo y el diagnóstico médico, en las variables personales señala las demográficas, la edad y género y dentro de las variables psicológicas, el afrontamiento. El ratio de alteraciones psicológicas entre individuos con estomas gastrointestinales es cuatro veces superior que entre la población general (Bahar Mahjoubi, Mohammadsadeghi, Mohammadipour, Mirzaei, & Moini,

2009) con niveles elevados significativos de depresión y ansiedad, pobre o baja autoestima incremento en la irritabilidad (Cotrim & Pereira, 2008a).

Tras el escepticismo inicial, los pacientes pueden experimentar un período de depresión reactiva, diferentes estudios ponen de manifiesto que el afrontamiento que adoptan las personas colostomizadas para hacer frente a su nueva situación se basa en un variado número de respuestas centradas tanto en el problema como en las emociones, que van desde el humor, la negación, la represión, el reconocimiento de cambios positivos, la resignificación, el encubrimiento o la normalización, (Begoña Martín Muñoz, Panduro Jiménez, Crespillo Díaz, Rojas Suárez, & González Navarro, 2010b). Haugen utilizando la escala de adaptación a la ostomía de Olbrisch sobre 147 personas realizó un estudio para determinar los factores peri operatorios asociados a la adaptación. En sus resultados identificó que la información pre-quirúrgica aportada por enfermeras especialistas como el aspecto más determinante. Este resultado también es confirmado por las encuestas de satisfacción realizadas al paciente ostomizado, donde la información preoperatorio (Danielsen, Soerensen, Burcharth, & Rosenberg, 2013a) es el aspecto más valorado.

Bonill de las Nieves (2008), en su estudio como comprender a las personas portadoras de estomas digestivos y cómo afrontan esta situación a través de sus vivencias y experiencias, identifica como el proceso de enseñanza-aprendizaje tiene como objetivo conseguir una buena adaptación, y que debería iniciarse antes de la cirugía continuando en el tiempo, tras la intervención quirúrgica.

**Figura 2. Variables del Afrontamiento de Knowles (2013)**



## **4.2 Impacto en la vida familiar /rol del cuidador**

En el contexto familiar y personal del individuo, se debe tener en cuenta que está inmerso en el ambiente constituido por sus propios valores, principios, creencias, vivencias, sentimientos y patrones de relación que determinarán el modo en que se enfrente a los estímulos del medio. Existen diferencias en la forma en que cada autor interpreta al individuo y su entorno, pero todos coinciden en que cada persona pertenece a un grupo social y por tanto, a una estructura social, formada por componentes sociales, económicos y políticos.

Analizar y profundizar en las diferencias entre el individuo y su estructura social permitirá observar la diversidad en pacientes que tienen en común un mismo proceso. Autores como Bourdieu, Marx, o Durkheim exploran desde una perspectiva sociológica el proceso de adaptación que supone un cambio tan importante y sus implicaciones adyacentes. Bourdieu nos habla del término "habitus" como un conjunto de esquemas generativos a partir de los cuáles los sujetos, en este caso el paciente colostomizado, perciben el mundo y actúan en él. Estos esquemas generativos han sido creados por una parte, de manera individual a lo largo de la vida del paciente a través de sus experiencias pasadas, y suponen la interiorización de la estructura

social a partir de la cual se producirán los pensamientos, percepciones y acciones imprescindibles para el desarrollo de las relaciones sociales y por otra, la posición objetiva de los sujetos dentro de la estructura social (Martínez-Barreiro, 2004).

Otro término que se refiere a la adaptación positiva de los individuos o sistemas a la adversidad en relación con el entorno, es el de resiliencia (Fletcher & Sarkar, 2013). La resiliencia es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad, sin que necesariamente se refiera a recuperación. La resiliencia se basa en la interacción entre la persona y el entorno, por tanto no es una característica absoluta, ni se adquiere para siempre, más bien es un proceso dinámico, con variaciones en función del origen del trauma, del contexto en el que ha sucedido y la etapa de la vida en que ocurre. Esta capacidad de recuperación implica dos componentes: la resistencia frente a la destrucción y la capacidad para construir conductas vitales positivas (Amar Amar, Martínez González, & Utria Utria, 2013).

Mellor menciona que uno de los factores asociados con la resiliencia es entender la enfermedad, ya que esto permite que los niveles de incertidumbre en los pacientes colostomizados disminuyan (Vinaccia, Quiceno, & Remor, 2012). Entre las variables relacionadas

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMÍA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

para alcanzar una actitud resiliente se encuentran la personalidad y el entorno, la seguridad en sí mismo, el apoyo social, el propósito en la vida, la creencia en que se puede influir en lo que sucede alrededor y aprender de las experiencias vividas, tanto positivas como negativas.

Para la personas con una colostomía es fundamental diferenciar entre el apoyo social obtenido y el apoyo social experimentado, ambos apoyos repercuten directamente en su bienestar. Desde el punto de vista comunitario, el apoyo social permite al individuo estar integrado y sentirse en un sistema social y por otro lado existe la red de vínculos personales, como por ejemplo , al cuidador y las vinculaciones íntimas y de confianza que suponen el soporte social no formal y que favorecen una necesidad de compromiso (Vega Angarita & González Escobar, 2009).

Por tanto, el apoyo social tiene efectos positivos sobre la salud y el bienestar, promueve la participación, aumenta la capacidad de afrontar situaciones de estrés, permite mantener la integridad física y sobre todo psicológicamente, ya que aumenta la competencia personal y, afecta positivamente al paciente y a las personas de su entorno.

Las personas que realizan los cuidados familiares a la persona colostomizada cumplen una importante labor social y económica para la sociedad, que con seguridad tendrá todavía más importancia en el

futuros dado que las redes familiares son cada vez de menor tamaño y por lo tanto, hay menos cuidadores/as familiares disponible (Crespillo Díaz & Martín Muñoz, 2012; Crespo & Rivas, 2015). Se ha puesto de manifiesto que cuidar afecta negativamente la salud física y mental de la persona que cuida, así mismo altera sus relaciones sociales y su situación financiera además se ha evidenciado que cuidar a un familiar dependiente expone a la persona a sufrir dificultades económicas y la hace vulnerable al aislamiento y la exclusión social (Rogerio-García, 2009)

Bonill de las Nieves (2013) identifica la paciencia y comprensión familiar como fundamentales de cara a fomentar que la persona ostomizadas acepte su nueva realidad corporal y el autocuidado que conlleva su proceso. La familia más nuclear es quien comparte las inquietudes diarias con la persona ostomizada, conociendo sus necesidades y sus miedos, actuando como fuente de motivación para que la persona ostomizadas desarrolle habilidades y competencias para su autocuidado, evitando la aparición de situaciones estresantes, favoreciendo también que esta exprese sus sentimientos. Un estudio observacional sobre los cuidadores familiares de un paciente con ostomía entre agosto de 2008 y julio de 2009, exploraron la carga que supone los cuidados y la calidad de vida del cuidador incluyendo su salud, la autopercepción, la nacionalidad, la sociedad y el lugar en el



que vive la persona, la educación, el empleo, nivel de vida, casa, familia, relaciones con la pareja y los amigos (Palma, Simonetti, Franchelli, Pavone, & Cicolini, 2012a). El resultado fue una calidad de vida familiar del acompañante, pobre, recomendando intervenciones sociales y económicas para ayudar a los cuidadores familiares en el manejo de la asistencia a largo plazo de los pacientes colostomizados.

### **4.3 Impacto Económico**

Las instituciones sanitarias y los investigadores manifiestan su preocupación por el gasto sanitario y la evolución de los enfermos crónicos. Buena proporción del incremento del gasto se debe al mayor coste de los avances terapéuticos, y estos se centran, cada vez más, en la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de las personas. Los estudios coste-efectividad se han convertido en una herramienta básica para el análisis de la eficiencia de las intervenciones sanitarias y su utilización adecuada.

Aunque se han realizado múltiples estudios de coste-efectividad para diferentes técnicas y tecnologías sanitarias, no se han encontrado estudios para la evaluación de la efectividad de la asistencia y su impacto en salud así como de la aplicación de unos cuidados enfermería especializados en ostomía. El Estudio del Instituto Antae (Coste-Efectividad. Antae-Hollister) proporciona un análisis para aportar

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

evidencia sobre la validez de la labor de los cuidados especializados y sus efectos en los pacientes ostomizados. El estudio realiza un análisis coste-efectividad, denominado coste-utilidad, donde los resultados son valorados a través de los años de vida ajustados a la calidad (AVACs). En este estudio se ha utilizado la metodología de coste efectividad expresada a través del ratio monetario Euro/AVAC. Por tanto los AVACs utilizan un índice que resulta de la combinación de cambios de supervivencia y calidad de vida para valorar los beneficios que ocasionaría la financiación de distintos programas de a la salud. En este estudio se demuestra que una atención de enfermería especializada a todos los pacientes que se sometan a una ostomía mejora de forma estadísticamente significativa la calidad de vida de los pacientes a los tres meses de la operación quirúrgica (POST) con respecto a los datos obtenidos antes de la operación (PRE) en las escalas utilizadas para medirlo .Por tanto el estudio fundamenta que en todas las variables observadas (revisiones en consultas de enfermería , complicaciones , estancias, , reingresos,etc..) si disponen de un seguimiento especializado, no sólo tendrán una mejor calidad de vida durante los tres primeros meses, sino que podrán resolver cualquier complicación a un menor coste de tiempo para el sistema.

Harris & Shannon (2008a), en un análisis de coste efectividad de la enfermería en Canadá identificó la necesidad de examinar el papel y

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

el impacto de enterostomal de enfermería (ET) en un análisis retrospectivo de la relación coste-eficacia y los beneficios de los recursos de enfermería impulsada por prácticas avanzadas para el tratamiento de heridas agudas o crónicas y ostomías en la comunidad.

El análisis se completó utilizando métodos cuantitativos para evaluar los resultados de curación, los costes de enfermería, y la rentabilidad, las estimaciones de Kaplan-Meier se calcularon para determinar el tiempo promedio de 100% de curación de las heridas agudas y crónicas y los costos totales de visitas de enfermería para el tratamiento en un entorno comunitario. Los costos directos se determinaron por el número de visitas de enfermería y el coste por cada visita. La participación de una enfermera EPA (enfermera de practica avanzada) o con habilidades en ostomía avanzado de heridas (AWOS) en el tratamiento de las heridas crónicas y agudas a nivel comunitario se asoció con menores costos generales debido principalmente a la reducción del tiempo al 100% de cierre de la herida y a una disminución el número de visitas. Cuanto mayor sea la participación directa e indirecta de una enfermera EPA en el tratamiento de las heridas y ostomías, mayor será el ahorro y la más cortos los tiempos de curación (Harris & Shannon, 2008a).Chaudhri & Horgan, (2005)demostraron en su ensayo clínico que la información al ostomizado es más efectiva si se realiza en el periodo preoperatorio

influyendo en un rápido manejo de la ostomía y una menor estancia hospitalaria. Furlani & Ceolim (2002) , en su estudio llegaron a la concluir que las personas que reciben poca información sobre la realización del estoma, antes de la cirugía, desarrollan más dificultades en la adaptación y temor. Además sugieren que las enfermeras deberían asumir la educación en todo el proceso preoperatorio para mejorar la calidad de vida de la persona.

Diferentes estudios (Pittman, Kozell, & Gray, 2009b) concluyen que la enseñanza es más efectiva si se inicia en el entorno preoperatorio, pues permite a los pacientes alcanzar antes la habilidad en el manejo de sus estomas, reduce la estancia hospitalaria así como las intervenciones relacionadas con el manejo del estoma, con un menor coste sanitario. Además está comprobado que la educación no sólo contribuye a reducir la aparición de problemas relacionados con la creación del estoma: problemas psicológicos, físicos, emocionales, sociales, así como complicaciones postoperatorias e inseguridad en torno a la efectividad de los dispositivos, sino que también favorece un autocuidado efectivo, repercutiendo en una considerable mejora en la calidad de vida y una disminución de los costes generados (Steele et al., 2014)

## **5. BIENESTAR Y CALIDAD DE VIDA**

### **5.1 Concepto y definición de calidad de vida**

Aunque el concepto de calidad de vida o "buena vida" está presente desde la época de los antiguos griegos de la mano de Aristóteles, la preocupación por el desarrollo sistemático y científico del constructo es relativamente reciente. A pesar de los avances conceptuales, ya en 1976, Campbell decía que "la calidad de vida es un concepto vago y etéreo, algo de lo que mucha gente habla, pero nadie sabe exactamente lo que en realidad significa" (Monés, 2004). A pesar de ello, se comenzó a valorar la impresión subjetiva de los pacientes de su propio estado de salud y para ello se comenzaron a utilizar los cuestionarios que previamente debían estar validados para su utilización en la práctica.

Su popularidad comienza como idea en la década de los sesenta, hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos como la educación, la economía, la política o la salud (Schwartzmann, 2003). A partir de los noventa, la calidad de vida es uno de los abordajes relevantes en el ámbito de la salud y su incorporación como una medida del estado de salud de las personas, ha sido uno de los conceptos que más se ha utilizado.

La calidad de vida ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la percepción del individuo sobre su posición en la vida, en el contexto de su cultura y del sistema de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones .(Espinoza, Osorio, Torrejón, Lucas-Carrasco, & Bunout, 2011)

Las tres dimensiones que integra la calidad de vida son:

1. **Dimensión física:** Es la propia percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento. Es evidente que estar sano es una forma de tener calidad de vida.

2. **Dimensión psicológica:** Percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro, el miedo, la ansiedad y la incomunicación. Incluye también las creencias espirituales, personales y religiosas.

3. **Dimensión social:** Percepción del individuo de sus relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño de su profesión laboral.

Frecuentemente, la calidad de vida relacionada con la salud, es usada indistintamente como estado de salud o como estado funcional,

calidad de vida o evaluación de las necesidades. En esta misma línea, aparece el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), que se considera la salud de la persona y el condicionante que engloba de bienestar físico, psicológico, espiritual y social. Ante esto último, se pueden diferenciar la salud objetiva de la salud percibida, por lo que como aspectos objetivos aparecerían el bienestar material, las relaciones óptimas con el entorno y la salud objetiva en sí, y como aspectos subjetivos encontraríamos la expresión emocional, la intimidad, la seguridad que se percibe, la productividad personal y la salud percibida.

Aunque autores como Bowling ( 1997) y Shumaker & Berzon, (1995) identifican la CVRS como una parte de la calidad de vida en general, la mayoría sugieren que deben de ser diferenciadas, ya que el término CVRS está ligado al campo de la salud para evaluar la calidad de los cambios como resultado de intervenciones, así como la experiencia que el paciente tiene de su enfermedad (URZÚA, 2010).

Son muchos los autores que han definido el concepto de CVRS, pero destacan las definiciones de O'Boyle y de Fernández, Hernández y Siegrist. Según O'Boyle (1994), la CVRS es la expresión de un modelo conceptual que intenta representar la perspectiva del paciente en términos cuantificables que depende de su experiencia pasada, su

estilo de vida presente, sus esperanzas y ambiciones para el futuro. Para O'Boyle la presencia o no de la enfermedad no es tan importante como para predecir la calidad de vida, sino la propia vivencia del proceso por el individuo (URZÚA, 2010).

Para Fernández-López, Hernández-Mejía, & Siegrist (2001), la CVRS debe comprender cuál es la percepción del impacto que la persona tiene de aquello que ha provocado la enfermedad o su tratamiento sobre su sentimiento de bienestar y la capacidad de actuación. Es un concepto subjetivo, individual, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura o las escalas de valores (URZÚA, 2010). Por tanto poder cuantificar con exactitud la calidad de vida es una compleja medida sobre la satisfacción de bienestar físico, mental y social, un concepto que une las expectativas, los deseos y necesidades en la vida del paciente.

Durante años se ha defendido la realización de una técnica preservadora de esfínteres para el tratamiento del cáncer de recto siempre que fuera técnicamente posible y no se comprometiera el resultado oncológico. La razón de esto es que se consideraba que la calidad de vida en los pacientes portadores de una colostomía era peor que la de los pacientes con una resección anterior. Sin embargo, al estudiar la calidad de vida de estos pacientes con cuestionarios



específicos y validados los diferentes estudios han mostrado resultados nada concluyentes. En una revisión de la Cochrane , Pachler & Wille-Jørgensen (2012b) acerca de la calidad de vida tras la resección de cáncer recto en la que se seleccionaron 11 ensayos clínicos se pudo comprobar cómo; en 6 estudios los pacientes con AAP (amputación abdominoperineal) no presentaban una peor calidad de vida que los pacientes con RA, en 4 estudios la calidad de vida era significativamente peor tras la AAP y en un estudio se observó que un estoma sólo afectaba levemente la calidad de vida de los pacientes. Se concluye en definitiva que aún no existen datos suficientes para establecer conclusiones firmes acerca de si la calidad de vida tras la resección anterior (RA), es superior a la de los pacientes con estoma.

Autores como Cornish et al.( 2007), analizan trabajos publicados comparando la calidad de vida (CdV) en pacientes con amputación abdominoperineal y pacientes con resección anterior por cáncer de recto; según sus resultados no hay diferencia en la CdV general de estos pacientes, aunque los pacientes con RA tendrían una mejor función física y los pacientes con AAP una mejor función cognitiva y emocional.

Diferentes estudios en pacientes portadores de un estoma han identificado que presentan una percepción de la propia imagen corporal

mucho peor que los pacientes sin estoma teniendo esto relación significativa con la calidad de vida (Eva Carlsson, Berndtsson, Hallén, Lindholm, & Persson, 2010; Guyatt, Feeny, & Patrick, 1991; Muñoz et al., 2011), determinando la distorsión de la imagen corporal que supone el llevar de forma permanente un estoma abdominal.

En los pacientes con colostomía se ha descrito de forma sistemática que experimenta una alteración de la CV respecto de la que tenían previamente a la confección de la ostomía. Esta alteración es más evidente en algunos aspectos, como en la satisfacción con la apariencia personal, problemas sexuales, interferencia con el desarrollo de su labor profesional, actividades recreativas y viajes. En la revisión sistemática de Vonk-Klaassen sobre los problemas relacionados con la calidad de vida en pacientes ostomizados por CRR, los 14 estudios demostraron el impacto de los problemas relacionados con la ostomía en la percepción CV y se demostró que una colostomía tiene influencias negativas en la calidad de vida (Vonk-Klaassen, de Vocht, den Ouden, Eddes, & Schuurmans, 2016). También se observa en estudios longitudinales diferentes puntuaciones en la calidad de vida entre 1 y 3 años después del tratamiento, calidad de vida cambia a lo largo del tiempo; de hecho parece que el efecto del estoma sobre la CdV es mayor en las primeras semanas postoperatorias y disminuye a medida que el paciente se adapta a la nueva situación (P et al., 2010).

Los diferentes estudios sobre la calidad de vida en el paciente con una colostomía identifican que hay dos factores que son de gran importancia para que el individuo acepte su nueva situación y se incorpore adecuadamente a su vida cotidiana:

### **1. La correcta adaptación del dispositivo de ostomía**

Con un correcto marcaje preoperatorio de la ubicación del estoma evitará que éste se realice en una zona anatómica que pueda dificultar la posterior colocación del dispositivo o que pueda generar incomodidades al paciente para la realización de sus actividades cotidianas, favoreciendo su integración y minimizando las consecuencias psicosociales relacionadas con el estoma (McKenna, Taggart, Stoelting, Kirkbride, & Forbes, 2016a).

El cuerpo como tal, marca la posición de los individuos en la jerarquía social y que algunas diferencias biológicas como el hecho de ser colostomizado, distan de lo que se considera hoy en día "cuerpo ideal" (Martínez Barreiro, 2004). En este sentido, el paciente colostomizado tendrá una percepción distinta de su cuerpo que distará del cuerpo socialmente aceptado, lo que puede condicionar de manera directa su forma de relacionarse con los demás. Por otra parte, y unido al sentimiento dividido de su identidad con sus acciones sociales, puede aparecer por parte de su entorno, un conjunto de actitudes y

habilidades negativas a partir de la colostomía o rasgo diferencial que pueden convertir al paciente en un estereotipo negativo, con un estigma social (Chaura-Guindic et al., 2011).

## **2. El asesoramiento, apoyo y educación**

La revisión sistemática realizada en pacientes con colostomía (Torquato & Decesaro, 2014a) evidencia que se debería prestar una atención individualizada al paciente y que se deben tener en cuenta las actitudes del paciente, la base de conocimientos y la capacidad de aprendizaje de éste y de su familia, con el objetivo de conseguir un autocuidado eficaz. Para ello, el personal de enfermería debería ampliar sus conocimientos y aumentar su comprensión de los sentimientos que surgen en este tipo de usuarios durante el proceso de adaptación a la ostomía. En esto coincide el estudio de Ang, Chen, Siah, He, & Klainin-Yobas (2013) en el que expone que los/as enfermeros/as deberían ser conscientes de la importancia de cuidar tanto el bienestar físico como el psicológico de los pacientes. Además el refuerzo de fundamentos teóricos y la actualización de conocimientos de los estudiantes y profesionales de enfermería son elementos fundamentales para el desarrollo de habilidades afectivas que les permitirán proporcionar una atención adecuada en la práctica clínica a

este tipo de usuarios, lo que se asemeja a los resultados de publicaciones recientes para mejorar el autocuidado (Fridlund et al., 2014).

## **5.2 Medición de calidad de vida relacionada con la salud**

Para el profesional de enfermería los estudios de la Calidad de Vida del individuo son de gran interés, nos permiten desde una perspectiva holística conocer al ser humano, que incluye sus valores, creencias, percepciones, etc. Este conocimiento le permitiría realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando. Desde la perspectiva del autocuidado de Oren consideramos que la medida del constructo Calidad de Vida Relacionada con la Salud es la aproximación más exacta al bienestar y salud percibida, y para alcanzar este objetivo el cuestionario se convierte en un instrumento que acerca al conocimiento real desde la perspectiva de las personas (Haapamäki et al., 2010; Terwee, Dekker, Wiersinga, Prummel, & Bossuyt (2011).

En primer lugar los instrumentos miden como afecta a la integridad de las estructuras y funcionamiento personal, valorándose en este sentido la influencia de los síntomas, tratamientos, efectos derivados y complicaciones originadas por la enfermedad intestinal y

el estoma como consecuencia del tratamiento quirúrgico. Por otra parte, desde su visión incluye todo lo relacionado con la persona como ser humano en continua interacción con el medio, incluyendo aspectos psicológicos y sociológicos, considerando el bienestar y la salud como el propósito de los autocuidados.

Son muchas las publicaciones que han considerado la relación de la calidad de vida con factores sociodemográficos: sexo, edad, situación conyugal, perfil ocupacional, renta familia y factores clínicos: tiempo de permanencia del estoma, marcaje del estoma o la procedencia del paciente (urgente/programado) (Pomazkin, 2008; Rostas III, 2012; Schmidt, Bestmann, Küchler, et al., 2005) y como modifican la calidad de vida esas variables generando diferencias en significativas.

### **5.3 Instrumentos de medida de la Calidad de Vida**

En los estudios sobre calidad de vida se emplean dos tipos de instrumentos para la medición de la CV: genéricos (para toda clase de enfermedades y tratamientos), específicos de cada enfermedad (grupos específicos de diagnósticos o poblaciones de pacientes con unas determinadas condiciones clínicas y que son más sensibles a los cambios (Canova, Giorato, Roveron, Turrini, & Zanotti, 2013a).

Los instrumentos genéricos para la medición de la calidad de vida en el paciente ostomizado (Iqbal, Kujan, Bowley, Keighley, & Vaizey, 2016; Kuzu et al., 2002; B. Mahjoubi, Goodarzi, & Mohammad-Sadeghi, 2010) presentan escalas que permiten y son de utilidad para realizar comparaciones de pacientes con enfermedades distintas o incluso para determinar diferencias de CV entre pacientes con y sin colostomía, aunque pero son menos sensibles para explorar los efectos específicos sobre la CV de la enfermedad o para evaluar las consecuencias del tratamiento como es el caso de la colostomía de eliminación.

Algunas investigaciones como Baxter et al.,(2006) han demostrado en sus conclusiones ,que una medida genérica de la CV no es adecuada para identificar el impacto que genera la ostomía en la CV de los pacientes. A partir de aquí se han diseñado y validado herramientas para medir la calidad de vida específica como: Ostomy Adjustment Scale (Olbrisch, 1983b), "Stoma Care Quality of life index" (SCQLI),(Baxter et al., 2006), Escala Montreaux (Marquis, Marrel, & Jambon, 2003) que con 34 variables es construida y validada para pacientes con colostomías, ileostomías o urostomias.

Prieto, Thorsen, & Juul (2005),desarrollaron un método de medición de calidad de vida de los pacientes ostomizados más simple,

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

fiable y transcultural, validado de acuerdo con la "teoría clásica del test" y con la teoría de "respuesta a la pregunta" (Crocker & Algina, 1986), el STOMA QoL, permite valorar y evaluar el índice de calidad de vida, aportando evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud. Proporciona indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la calidad de vida y satisfacción del paciente. Consta de 20 preguntas con escala Likert de 4 respuestas que se valoran con puntuación de 1 a 4. Las opciones son: jamás (4 puntos), raras veces (3 puntos), algunas veces (2 puntos) y siempre (1 punto). La puntuación final calculada nos aporta un porcentaje del 80%, por lo que se debe sumar al total un 20% para conseguir el 100% de la tabulación. Sobre este total se consideraron tres niveles de medición: buena calidad de vida (resultado de 70-100%), moderada calidad de vida (resultado de 30-70%) y mala calidad de vida (resultado de 0-30%).

El cuestionario, "STOMA QoL" fue administrado a 182 pacientes con colostomía e ileostomía de cuatro países europeos (Francia, Alemania, España y Dinamarca). Utilizando el análisis de Rasch (Bond & Fox, 2015) 17 ítems fueron descartados, reduciendo el cuestionario inicial a 20 elementos. Estos 20 ítems cubrían cuatro áreas: actividad sexual, sueño, relaciones familiares, relaciones sociales y con los amigos íntimos, definiendo una única variable unidimensional, con un



$\alpha$  de Cronbach de 0.92 y unas propiedades psicométricas que confirmaban la idoneidad del instrumento en la práctica y la investigación clínica.

La literatura evidencia su validación posterior (Canova, Giorato, Roveron, Turrini, & Zanotti, 2013b), realizada entre los años 2009 y 2010 con una muestra de 251 pacientes colostomizados e ileostomizados en un estudio multicéntrico en Italia.

Dicho estudio, validado a través del análisis de Rasch, se determinó un Alpha de Cronbach de 0.90 y confirmó la validez del Stoma QoL como herramienta de investigación, aunque se determinó que el número de ítems debería de ser reducido.

Un estudio reciente (Collado & García, 2016) evidencia una buena consistencia interna ( $\alpha = 0,861$ ) en la muestra de estudio, sensiblemente inferior a la encontrada en las dos validaciones anteriores  $\alpha = 0.90$  (95% CI 0.88-0.92), pero que siguiendo las recomendaciones (George & Mallery, 2003) puede ser considerada como buena.

## **6. CUIDADOS ENFERMEROS**

El tratamiento y cuidado del paciente con cáncer colorectal, ha pasado de ser exclusivo de los cirujanos, a un proceso patológico en el que se requiere la participación de un equipo multidisciplinario del cual forma parte activa la enfermería.

La aproximación actual al cuidado de la colostomía tiene en cuenta la necesidad del paciente de ser autosuficiente y autónomo en el cuidado y su deseo de control personal de la nueva situación. El paciente se enfrenta a un proceso quirúrgico, que puede reducir sustancialmente o eliminar dolor incapacitante y facilitar una mayor calidad de vida pero el hecho de que los resultados sean positivos no impide que la cirugía sea considerada un evento vital estresante, pudiendo tener efectos psicológicos y materiales negativos, no sólo experimentados por el paciente, sino también, por su entorno (Torquato & Decesaro, 2014b).

De este modo, el paciente que recibe la información sobre la necesidad de una intervención quirúrgica por un CCR, este constituye un estresor vital mayor y los riesgos severos y multifactoriales, que experimenta, incluyen muerte, dolor, desfiguración, pérdida de

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

funcionalidad, pérdida económica, pérdida de roles sociales, incertidumbre sobre el tiempo, amenaza y dudas sobre de la habilidad necesaria para hacerle frente a ella. Diferentes aspectos en relación al cuidado enfermero han demostrado la repercusión directa que tiene la realización de cuidados específicos de enfermería ya que es la enfermera la encargada de diagnosticar y tratar las respuestas humanas a los problemas habituales o potenciales y es necesario saber cuál es el grado de influencia de la Enfermería en los resultados de salud y qué aspectos de su intervención repercuten en el estado de salud general de la población (Martínez, 2015a) y en resultados de coste-efectividad, coste-eficacia o coste-beneficio de la atención a pacientes ostomizados.

Las cifras actuales de pacientes con enterostomía en países occidentales se encuentran entre el 2 y el 4 por mil de personas adultas ostomizadas, mientras que entre la sociedad española es aproximadamente el 1.5%, lo que supone un colectivo de unas 70.000 personas, siendo la incidencia en la población adulta de más de un 3 ‰, produciéndose cada año más de 13.000 casos nuevos, cifras que justifican el fuerte impacto social y sanitario del problema en cuestión su evolución y su mejor adaptación a su nueva situación. Según estudios recientes (Cantero Cunalata & Collado Boira, 2016) entre el 16% y el 20% de los pacientes con colostomía presenta algún tipo de

complicación, entre las que destacan por su frecuencia y repercusión en la calidad de vida la dermatitis, edema, necrosis, hemorragia, retracción, prolapso, evisceración y diarrea. Se evidencia, por tanto, la importancia de la educación del autocuidado tan pronto como sea posible, para evitar como para minimizar estos problemas precoces o tardíos y el papel que personal de enfermería especializado juega en su adquisición (Recuero Vázquez, 2016).

## **6.1 Modelo enfermero**

Según Collière(1993), en su artículo "Utilización de la antropología para abordar situaciones de cuidados" , dice que toda situación de cuidados, es en sí una situación antropológica en la que el cuidador desconoce todo lo que es propio del paciente, sus hábitos, sus creencias, su forma de llevar la enfermedad. Por lo que se hace necesaria una aproximación antropológica, en la que el cuidador ha de acercarse al paciente, ha de reencontrarse con las personas, ha de identificar todo aquello que la persona representa.

Las teorías de enfermería se ocupan y especifican las relaciones que existen entre cuatro conceptos principales: La persona, el que recibe los cuidados de enfermería y comprende a los individuos, familias, grupos y comunidades; el Entorno, lo que rodea al paciente interna y externamente; la Salud, el estado de bienestar del paciente

y la Enfermería, como disciplina que ofrece cuidados profesionalizados al paciente. Estos cuatro elementos centrales vienen a conformar el denominado "metaparadigma enfermero", considerado por algunos autores como el conjunto de conceptos globales que identifican fenómenos particulares de interés para una disciplina o profesión, así como las proposiciones globales que afirman las relaciones entre ellos. Dichas relaciones se establecen de una manera abstracta siendo el primer nivel de especificidad y perspectiva de los cuidados enfermeros.

La primera concepción de salud pertenece a Florence Nightingale que en 1860 acota el término salud como estar bien, un estado de bienestar, y óptimo para utilizar las propias fuerzas en toda su extensión. La salud se conserva por medio de la prevención de las enfermedades usando los factores de la salud ambiental y la responsabilidad social. La enfermedad es un proceso reparador impuesto por la naturaleza por cierta necesidad de atención (Nightingale, 1947). Con posterioridad, en 1955, Virginia Henderson, creadora de la teoría de las 14 necesidades de Enfermería, en 1955, si bien no da una definición propia de salud, la contextualiza en términos de la capacidad de un individuo para llevar a cabo los 14 componentes de los cuidados de enfermería sin ser asistido, equiparándola a la independencia y autonomía (Harmer & Henderson, 1955). La salud la percibe por lo tanto como una cualidad vital básica para el

funcionamiento humano y exige independencia e interdependencia. Para Henderson es la calidad de vida más que la vida misma lo que permite a las personas trabajar de la forma más eficaz y alcanzar su más alto nivel posible de satisfacción, siendo los individuos capaces de conservar la salud si tienen la fuerza, la voluntad y el conocimiento necesario, establece un vínculo biológico-cultural entre las catorce necesidades básicas que expone en su modelo y de esta forma q nos permite evidenciar los cambios, las modificaciones, los trastornos que presentan las personas portadoras de un estoma (colostomía, ileostomía, etc..) a nivel psicológico, social y cultural. Así como la atención y cuidados que los profesionales enfermeros podemos realizar para prevenirlos, disminuirlos y/o solucionarlos.

Un concepto de salud, bajo el prisma de la disciplina enfermera y relacionada íntimamente con el bienestar percibidos por los individuos, en el que los autocuidados, como parte del desarrollo personal, adquieren un especial protagonismo. La persona, modificando su conducta y adaptando su estilo de vida, afronta este estado de equilibrio dinámico, intentando conseguir una autorregulación personal que le capacite para afrontar eficazmente estas exigencias del cambio, necesarias para la promoción, mantenimiento y recuperación de su bienestar y salud.

La enfermería, por tanto, tiene un papel clave en el cuidado de este tipo de los pacientes en el proceso de la colostomía, realizando labores de ayuda al paciente a entender mejor su patología, ayudando a la adaptación a la vida con un estoma, enseñando habilidades prácticas para el cuidado del mismo, así como abordando temas relacionados con la imagen corporal, proporcionando redes de apoyo familiar, el empleo, y la sexualidad, es decir, el personal enfermero se dispone a enseñar, supervisar y acompañar al individuo durante todo el proceso de adaptación a su vida cotidiana (Brown & Randle, 2005a).

Los cuidados especializados se han ido incorporando progresivamente y se ha desarrollado la figura del especialista de enfermería en el cuidado del estoma, la estomaterapeuta. Sus cuidados centrados en la educación, en el manejo correcto de los dispositivos para el estoma, los consejos sobre conducta dietética relacionada con el control intestinal mejoran la una calidad de vida del paciente de una forma sustancial aquellos que no recibieron estos cuidados(Papps & Roberts,). El estudio de coste efectividad de Martínez,(2015b) sobre 402 pacientes de 106 hospitales españoles, ha encontrado una mejoría estadística significativa en la calidad de vida en los pacientes atendidos por estomaterapeutas, frente a los que no tuvieron esta atención especializada, así como un importante ahorro económico.

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

Diferentes estudios como el de Coca, de Larrinoa, Serrano, & García-Llana (2015), McKenna et al. (2016) y Pittman, Kozell, & Gray (2009) sobre la eficacia de la educación preoperatoria en el paciente con colostomía. En sus resultados se evidencia un incremento en la salud y en calidad de vida, utilizando un cuestionarios validados CVRS ( $P = 0,00001$ ), y usando el (SF-36) ( $P = 0,000-0,006$ ), un aumento en el manejo del estoma ( $PAG = 0,0005$ ), dos estudios demostraron además, una reducción en la estancia postoperatoria de 8 días vs 10 días,  $PAG = 0,029$ ; y 8 días vs 14 días,  $PAG = 0,17$ ), una reducción significativa en el coste económico en el grupo de intervención (US \$ 8.570,54), en comparación con el grupo de control (US \$ 7.396,90), así como una mayor puntuación de eficacia en el grupo de intervención (166,89) en comparación con el grupo control (110,98), un significativo aumento en los conocimientos relacionados con el estoma ( $P = 0,0000$ ) y un aumento de la adaptación psicosocial ( $P = 0,000$ ).

Sin embargo en países como Inglaterra, donde hay casi un acceso universal a los estomaterapeutas el estrés psicológico y las interacciones sociales siguen siendo un problema para muchos pacientes a pesar del cuidado especializado. Con todo esto queda evidenciado que a pesar de la tarea desempeñada por un creciente número de estomaterapeutas y los avances correspondientes en la tecnología de reservorios y dispositivos para el cuidado del estoma, los



niveles de mala adaptación han variado poco a lo largo de los años (Brown & Randle, 2005a).

## **6.2 Enfermería de Práctica Avanzada**

La necesidad de una enfermería experta, enfermería de practica avanzada (EPA), se manifiesta con el aumento de las competencias de los profesionales que han aportado más evidencia a la práctica asistencial y una reducción de la mortalidad y morbilidad. Este entorno cambiante, obliga a los sistemas de salud a nivel mundial a enfrentarse retos tales como el aumento de los costes sanitarios, la escasez de profesionales, una población cada vez más envejecida, las dificultades para el acceso a los servicios sanitarios, así como los nuevos avances tecnológicos con una continua introducción y mejora de las tecnologías (Pedro Gómez & Morales Asencio, 2004).

Las exigencias en los entornos sanitarios, demandan profesionales de enfermería especializados y con mayores competencias profesionales (García, Vián, Hernández, Alonso, & Jiménez, 2002) que den respuesta a la creciente complejidad de los servicios de salud, a los cambios estructurales en la prestación de servicios sanitarios y las nuevas necesidades de salud.

Para todo ello, las enfermeras de práctica avanzada, son una de las respuestas más contemplada, con formación de postgrado de alto

nivel y que posean avanzados conocimientos y habilidades. Existen claras evidencias, basadas en diversos estudios (Buchan & Calman, 2004b, 2004a; Papps & Roberts, s. f.) de que la optimización de la contribución de la enfermería a la atención sanitaria a través de la ampliación de sus capacidades y ámbito de práctica, resulta una estrategia efectiva de cara a la mejora de los servicios de salud, siendo los roles de enfermería avanzada, además, seguros, efectivos y bien recibidos por los usuarios de los sistemas de salud (Schober & Affara, 2009).

Las competencias profesionales son según el Consejo Internacional de Enfermería (CIE), con su sistema de evaluación correspondiente, puede dar soporte a la práctica avanzada, siempre que se establezcan dentro de un marco legislativo y regulador apropiado y con un código ético claramente definido. La base para establecer un marco en el que el desarrollo de los roles de enfermería de práctica avanzada se fundamenta sobre dichas competencias profesionales pasa por el establecimiento de un proceso orientado a identificar estas competencias y capaz de construir un mapa competencial que permita delimitar y definir un perfil profesional o rol de práctica avanzada (Furlong & Smith, 2005).

En nuestro entorno el desarrollo de roles de práctica avanzada, está en el inicio de modo que sea más fácil confiar en competencias ya identificadas por grupos de trabajo nacionales o internacionales, siendo de gran ayuda el soporte orientativo que pueden ofrecer profesionales expertos internacionales. El desarrollo de puestos de trabajo de práctica avanzada, puede empezarse a perfilar, en base a la propia experiencia y a procesos de revisión continua, competencias más acordes con la orientación específica del entorno profesional y que respondan a las necesidades reales de la población, un ejemplo para la definición de práctica avanzada sería el cuidado del paciente ostomizado.

Transversalmente a todos los conjuntos descritos, pueden encontrarse distintos elementos competenciales como: docencia, investigación, liderazgo, y otros atribuibles a la EPA como pueden ser la promoción de la salud, la expertía profesional y la prescripción.

### **Definición de Enfermería de Práctica Avanzada**

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE), mediante su grupo de trabajo específico (ICN-Nurse Practitioner/Advanced Practice Nursing Network), ha propuesto la definición de EPA: "Enfermera titulada que ha adquirido la base de un conocimiento a nivel de experto, habilidades para la adopción de decisiones complejas y las

competencias clínicas necesarias para desarrollar un ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer. Para acceder se recomienda un título universitario de postgrado de nivel master (Schober & Affara, 2009)". Se trata de una enfermera que maximiza y aprovecha todo el potencial de la formación universitaria de postgrado, aplicando un conocimiento profundo y experto de la ciencia enfermera a la hora de abordar las necesidades de salud tanto a nivel individual, familiar, comunitario o incluso nacional. Implica una gran capacidad de síntesis y análisis del conocimiento teórico y práctico disponible, así como el entendimiento, interpretación y la puesta en práctica de los marcos teóricos enfermeros, además del desarrollo y el avance del conocimiento enfermero y de la misma profesión como un todo".

El Nurse ana Midwifery Council británico define la EPA como "profesionales altamente capacitadas y experimentadas, con amplios conocimientos y de reconocida formación; capaces de diagnosticar y tratar las necesidades de salud o remitir al cliente al especialista apropiado en caso necesario (Hinchliff & Rogers, 2008). Por su parte, la Canadian Nurses Association (DiCenso et al., 2012) introduce la EPA como "un nivel avanzado de la práctica clínica enfermera, que maximiza y aprovecha todo el potencial de la formación universitaria

de postgrado, aplicando un conocimiento profundo y experto de la ciencia enfermera a la hora de abordar las necesidades de salud tanto a nivel individual, familiar, comunitario o incluso nacional. Implica una gran capacidad de síntesis y análisis del conocimiento teórico y práctico disponible, así como el entendimiento, interpretación y la puesta en práctica de los marcos teóricos enfermeros, además del desarrollo y el avance del conocimiento enfermero y de la misma profesión como un todo".

Se exponen a continuación definiciones para cada uno de los términos que delimitan el nivel de práctica enfermera:

a) **La práctica experta**, los profesionales basan su actuación en la percepción intuitiva de las situaciones contextuales para la toma de decisiones, además de en su experiencia personal, ambas adquiridas a través de los años de un ejercicio profesional reflexivo, que la utilizan para resolver situaciones complejas e inciertas o para abordar problemas de salud en entornos complejos. No se relaciona directamente con ninguna formación adicional de postgrado.

b) **La práctica especialista**, da respuesta al binomio especialista-generalista, lo cual implica definir esta práctica como aquella que resulta propio de un contexto específico (Hanks, 2000), ya sea un grupo de clientes/pacientes, un conjunto de habilidades o un

contexto organizacional. En este caso sí debemos entender que, para adquirir las competencias necesarias para ejercer como especialista, se considera indispensable poseer algún tipo de formación de postgrado que garantice el desempeño adecuado de una práctica a nivel especialista.

c) **La práctica avanzada** en enfermería, se entiende como un nivel particular dentro del continuo novel-experto propio de la práctica asistencial. Las características definitorias de este rol, implican habilidades clínicas de alto nivel, competencia y autonomía en la toma de decisiones (Castledine, 2004). Se caracteriza la enfermera de práctica avanzada por su forma de analizar situaciones de alta complejidad utilizando la práctica reflexiva y los datos científicos es por esto que los estándares internacionales determinan que el nivel de entrada para ejercer la práctica avanzada es de master o doctorado.

La Enfermería de Práctica Avanzada se materializa en diversos roles, a nivel internacional con roles reconocidos a nivel mundial, características y ámbitos de actuación:

**1. Nurse Practitioner:** Es la EPA más difundida e implementada a nivel global (Pulcini, Jelic, Gul, & Loke, 2010). Surgió en la década de los 60 en el ámbito de los cuidados pediátricos en atención primaria en Estados Unidos, para dar respuesta a la escasez de médicos de la época

garantizando el acceso a la atención sanitaria a colectivos desfavorecidos. Actualmente las Nurse Practitioners abarcan diferentes ámbitos y especialidades, desde la atención primaria hasta la salud escolar, pasando por servicios de urgencias, salud comunitaria o terapias ocupacionales (Hamric & others, 2005). Predomina un fuerte componente de práctica clínica extendida sobre la base de la integración de competencias médicas en la atención directa de cuidados enfermeros.

**2. Clinical Nurse Specialist:** Se creó con el objetivo de retener en la práctica clínica a enfermeras expertas en diversos ámbitos, inicialmente hospitalarias. Su concepto se base en 4 dimensiones como son la expertía en la práctica clínica, la capacidad de actuar como consultora y como educadora, así como capacidades demostradas en la investigación (Kring, 2008). Las primeras CNSs se formaron en el ámbito de la psiquiatría y salud mental. Se caracterizan por su flexibilidad y versatilidad, sustentadas en la capacidad de mejorar la atención sanitaria e influenciar a otros profesionales sanitarios, así como en su visión holística de los elementos contextuales que influyen sobre los resultados de los pacientes: educación, investigación, políticas sociales, factores organizacionales o cambios de tendencia política.

**3. Enfermera Matrona:** Tenemos que olvidar la trayectoria del trabajo desarrollado por las matronas a largo de su historia, merece la pena apuntar a la complejidad de este rol enfermero en cuanto a preparación formal, sistemas de acreditación y/o niveles de práctica (Elliott et al., 2013). Sí que es cierto que no todas las matronas que ejercen su profesión poseen la misma titulación (algunas no poseen ningún reconocimiento oficial) y en el caso de las tituladas las hay que no son enfermeras. De las que sí poseen algún título previo en enfermería, tampoco todas ejercen la profesión al nivel de EPA. Con respecto a las que efectivamente ejercen la Práctica Avanzada, las características competenciales que pueden distinguir a estas profesionales del resto son las relacionadas con una perspectiva holística basada en la investigación y una práctica clínica basada en la evidencia. Sobre esta base, el hecho de prestar servicios de consultoría y la colaboración multidisciplinar son otros de los ejes que diferencian a una matrona en un rol avanzado respecto a las demás.

**4. Enfermera Anestesista:** La trayectoria del rol de enfermera anestesista es la más antigua de cuantos conforman el abanico de perfiles de EPA, dado que puede remontarse hasta el siglo XIX en Estados Unidos. Hoy en día es un rol en expansión a nivel internacional estando reconocido en numerosos países (Nagelhout, Elisha, & Plaus, 2013). La actualidad de la profesión demuestra que la práctica clínica



y los resultados de las enfermeras anestesistas trabajando de manera independiente son igualmente seguras (Dulisse & Cromwell, 2010) en comparación con aquellas que trabajan bajo la supervisión de profesionales de la medicina (anestesiólogos y/o cirujanos).

**5. Enfermera Gestora de Casos:** Es la EPA con mayor trayectoria en nuestro país (Morales-Asencio, 2014) y además con una presencia internacional consistente. La base operativa de la gestión de casos son los cuidados transicionales, en los que se busca mejorar la atención sanitaria a pacientes complejos, que requieren intervenciones relacionadas con los diferentes niveles asistenciales de los sistemas sanitarios, y en los que intervienen gran número de profesionales diversos cuya comunicación normalmente dista de ser óptima. El desarrollo de este perfil de EPA responde esencialmente a criterios políticos y económicos, dado que está demostrada su efectividad a la hora de reducir costes, mejorar la accesibilidad de los pacientes al sistema sanitario, mejorar la satisfacción de los mismos y potenciar la calidad de los servicios de atención sanitaria (Leyva-Moral, 2008).

**6. Enfermera Consultora:** El rol de consultora (aunque entendido como competencia forma parte de la mayoría de roles de EPA reconocidos) en el ámbito de la enfermería es de reciente aplicación, con una trayectoria consolidada especialmente en el Reino

Unido(Doody, 2014). Son profesionales que ofrecen su expertía y conocimientos en enfermería a otros profesionales y aportan oportunidades de proveer un soporte adecuado y potenciar el entorno de los cuidados a través de iniciativas basadas en la experiencia práctica profesional y la provisión de servicios de consultoría a nivel organizacional. Las dimensiones competenciales fundamentales de este rol son las de práctica clínica experta, liderazgo y consultoría, educación, entrenamiento y desarrollo de otros profesionales e investigación ligada al desarrollo y evaluación a nivel organizacional.

En los cuidados y la atención al paciente colostomizados la EPA tienen una gran oportunidad, dado la importancia que tiene su atención al paciente, por ser necesaria para cubrir las necesidades de educación para el autocuidado del paciente, disminuir el impacto en su calidad de vida y mejorar el afrontamiento.

Diferentes estudios demuestran la necesidad de EPA en ostomías para mejorar el desarrollo de las habilidades en el paciente, modificar conductas abordando el proceso de la colostomía desde antes de su realización hasta etapas más tardías en las que sería necesario su papel como formador y educador de salud (Becker, Schulten-Oberbörsch, Beck, & Vestweber, s. f.; Cantero Cunalata & Collado Boira, 2016; «Estudio Coste-Efectividad- EstudioOstomias», s. f.; Hernández

Fernández, 2011; Nieves & Mañas, 2008; Pittman, Kozell, & Gray, 2009c) produciéndose un impacto incluso en la relación coste-efectividad.

### **6.3 Guías de práctica clínica**

Si nos referimos a la variabilidad en la práctica clínica, podemos agrupar las causas que la generan esta variabilidad (Asencio & Miguel, 2004) en tres tipos:

1. El estilo de vida de cada grupo y las diferencias culturales.
2. El tipo de práctica de los proveedores de cuidados.
3. La dudas del profesional a la que hay que añadir, el desconocimiento o el no saber.

Se distinguen resultados poblacionales e individuales, en función del nivel de agrupación de los mismos. Pero, en la determinación de la secuencia "causa-efecto/resultados", no es fácil establecer relaciones que definan de forma explícita resultados finales.

**Tabla 6: Variabilidad Individual / Poblacional**

**(Asencio & Miguel, 2004)**

RESULTADOS CLASICOS
<b>INDIVIDUALES</b>
Clínicos
Calidad de Vida
Económicos/ Satisfacción
<b>POBLACIONALES</b>
Morbilidad
Mortalidad
Incidencia/Prevalencia
Productividad Social y Económicas

### **Resultados Sensibles a la Práctica Enfermera (RSPE)**

Estos resultados, se definen como estados variables de la persona, comportamientos o percepciones, muy concretos (con poco nivel de abstracción) que responden a la intervención enfermera (Tabla 7) algunos de los resultados con variaciones en función de la intervención de la enfermera.

**Tabla 7.Resultados Sensibles a la práctica Enfermera**

**(Asencio & Miguel, 2004)**

RESULTADOS SENSIBLES A LA PRACTICA ENFERMERA	
Fisiológicos	Psicológicos
Funcionales	Conductuales
Conocimientos	Desempeño en el Hogar
Seguridad	Control de Síntomas
Calidad de Vida	Cumplimiento de Objetivos
Satisfacción	Uso de Servicios
Resolución de diagnósticos Enfermeros	

Moorhead & Johnson, ( 2009) consideraron los atributos propios de un Resultado Sensible a la Práctica Enfermera (RSPE):

- a. La intervención enfermera produce un resultado positivo.
- b. La intervención enfermera influye en un resultado positivo.
- c. Se realizó una intervención enfermera para intentar producir o influir en el resultado.
- d. La intervención enfermera ocurrió antes de la observación del resultado.

- e. La no realización de la intervención produjo un fallo en la consecución del resultado.
- f. Las intervenciones que influyeron en el resultado, pertenecían al ámbito de la Enfermería.

Los resultados están sometidos a múltiples factores de influencia aunque podemos aislar tres comunes a todas las situaciones:

1. Derivados de la persona, edad, sexo, estado funcional, gravedad.
2. Derivados del sistema: tipo de organización, ubicación geográfica, recursos humanos y financieros, estructura organizacional.
3. Derivados de los profesionales: tipo de profesional, competencia técnica, relaciones interpersonales, estándares de la disciplina.

Es por tanto que tanto la gestión, como la investigación y la práctica clínica están implicadas en la evaluación de resultados enfermeros. Así la práctica clínica orientada a resultados e aquella que realiza un ejercicio clínico centrado en la persona y su familia, con la búsqueda permanente de resultados producto de planificar conjuntamente los cuidados.

Entre los elementos facilitadores de este cambio figuran:

1. Utilización de un **modelo enfermero** que aporte una conceptualización de la persona y del rol de la enfermera.
2. Empleo del **proceso enfermero** como método de prestación de cuidados, que obliga a la fijación de objetivos y criterios de resultado.
3. El uso de **Sistemas Estandarizados de Lenguaje Enfermero** (SELEs) como medio de gestión de la información clínica referente a los cuidados.
4. La incorporación de enfoques innovadores como la gestión de casos, las vías críticas y **mapas de cuidados**, análisis de efectividad clínica, etc.

Es importante por tanto la gestión de resultados la evaluación de resultados sensibles a la práctica enfermera aportado por la Universidad de Iowa: la Nursing Outcomes Classification. Esta clasificación está destinada a su uso en la planificación de cuidados y está vinculada a los otros dos sistemas estandarizados de lenguaje enfermero: diagnóstico (taxonomía NANDA) e intervenciones (Nursing Interventions Classification), esto nos permitiría tener información sobre resultados clínicos individuales referidos a las respuestas

humanas de la persona y su agregación por enfermera, case mix, episodios, visitas, etc. A partir de éste, es posible establecer un segundo nivel de información acerca de la efectividad de la práctica clínica y la posición de los profesionales respecto a la atención sanitaria basada en la evidencia.

Las **guías de práctica clínica**, en las distintas disciplinas, constituyen uno de los métodos más eficaces de autoeducación, en tanto permiten al enfermero, desde su puesto de trabajo, crear una dinámica de actualización y aplicar lo aprendido en su práctica diaria, mediante elementos que estimulan capacidad de razonar, su nivel crítico y la toma de decisiones más correctas, sin olvidar la individualidad de cada uno de sus pacientes (Marín, 2005).

La Metodología de la Evidencia Científica Comprobada consiste en determinar con base en criterios, recomendaciones, experiencias, métodos y categorías o niveles, la efectividad de las diversas intervenciones, de las cuales puede ser objeto en un momento dado el usuario de un servicio de salud. Para la elaboración de las guías han participado en la determinación de dichas categorías, expertos nacionales e internacionales de reconocida trayectoria en el campo de la salud y en cada uno de los temas seleccionados. Todo esto, sustentado en una revisión exhaustiva de la bibliografía disponible,



**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

utilizando para ello la más avanzada tecnología en materia de informática. Las guías de práctica clínica se desarrollan para apoyar a los/as profesionales de enfermería en su trabajo multiprofesional e interdisciplinario y a la institución para proporcionar cuidados óptimos de enfermería, mantener factores protectores, reducir factores de riesgo, disminuir costes, optimizar el desempeño del recurso humano y mejorar la calidad de la prestación del servicio para así contribuir con la calidad de vida de las personas ostomizadas y disminuir el riesgo de responsabilidad legal.

La elaboración una guía para el manejo del paciente con una colostomía requiere una revisión de la literatura para realizar las recomendaciones e intervenciones enfermeras, con más evidencia (Goldberg, Aukett, Carmel, Fellows, & Pittman, 2010).

En vista de la escasez de estudios basados en la evidencia, encontramos la guía américa "Management of the Patient With a Fecal Ostomy" Best Practice Guideline for Clinician, para su elaboración este documento se sometió a validación de contenido por la Sociedad WOC con el proceso de volver a revisar el contenido y recomendaciones.

Las intervenciones necesarias para el paciente con colostomía a las que tiene que dar respuesta, la Guía de Práctica clínica eran:

1. Tipos de ostomías.
2. Marcar el sitio de ubicación del estoma.
3. Educación preoperatoria y postoperatoria.
4. Opciones dispositivo recolector y manejo básico del mismo.
5. Complicaciones del estoma y piel periestomal).
6. Cómo afecta una ostomía la calidad de vida de la persona con una ostomía.

Las recomendaciones a las que llegan, se basan en intervenciones de mayor evidencia, para aumentar la educación en el manejo del ostomía, mejorar la educación sobre las recomendaciones básicas, asegura recomendaciones para el preoperatoria y postoperatorio, todas ellas proporcionadas por una enfermera especializada tal como una enfermera especializada (EPA) Evidencia: Nivel B.

1. Educación preoperatoria: Se definen los aspectos de información necesarios que debe ser considerado estrategias de educación preoperatoria.

- Explicación de la anatomía y la fisiología del tracto gastrointestinal (GI).
- Procedimiento quirúrgico.
- Demostración de dispositivos de 1 y 2 piezas (ostomías).
- Analizar el estilo de vida del paciente.
- Enfoque en la preparación psicológica.

## 2. Educación postoperatoria:

- Aspectos fisiológicos (la anatomía y función).
- Aspectos técnicos de la intervención quirúrgica.
- Nutrición y manejo dietético.
- Medicamentos (farmacología).
- Imagen corporal.
- Problemas interpersonales.
- Sexualidad, Ocio, trabajo y deporte.
- Complicaciones comunes (precoces y tardías).
- Recursos disponibles: enfermera especializada, grupo de apoyo: Evidencia: Nivel B.

## 3. Educación en el periodo Ambulatorio.

- Información de la anatomía y la fisiología del tracto gastrointestinal.

- Cuidados de la ostomía (Cambio de bolsa, protección de la piel, accesorios de ostomía).
- Nutrición / medicamentos
- Percepción de la imagen corporal (Ropa, accesorios...).
- Aspectos psicológicos, sociales (problemas sexuales, problemas de intimidad).
- Complicaciones / solución de problemas comunes.

La Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario RNA, Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), elaboraron la Guía de práctica clínica para el "Cuidado y manejo de la ostomía", documento exhaustivo que aporta los recursos para reforzar las prácticas de la enfermería basada en la evidencia y que permite al profesional, a la institución y a otros profesionales identificar, dirigir y aplicar cambios en la práctica para el desarrollo de políticas, protocolos, procedimientos, programas de formación, herramientas de evaluación, documentación etc... (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, 2009). La utilización de la guía de práctica clínica para el cuidado de los pacientes en nuestro entorno supone:

1. Evaluar las prácticas de enfermería en la actualidad y la atención sanitaria que se presta en nuestro centro, según las recomendaciones de la guía y evaluar la adherencia.

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

2. Identificar las recomendaciones que abordan las necesidades del paciente ostomizado y las carencias identificadas en nuestro entorno.
3. Diseñar un plan que nos permite la implantación sistemática de las recomendaciones con el uso de herramientas y recursos asociados.

**Tabla 8.Niveles de evidencia  
(Sackett, Haynes, & R Brian Tugwell, 1994)**

Grado de recomendación	Nivel de Evidencia	Tipo de estudio
A	1A	Revisión sistemática de ensayos clínicos Controlados (homogéneos entre sí)
	1B	Ensayos clínicos controlados (con intervalo de confianza estrecho)
B	2A	Revisión sistemática de estudios de cohorte (homogéneos entre sí)
	2B	Estudio individual de cohortes/ ECA* individual de baja calidad
	3A	Revisión sistemática de casos y controles (homogéneos entre sí)
	3B	Estudio individual de casos y controles
C	4	Series de casos, estudios de cohorte / casos y controles de baja calidad
D	5	Opiniones de expertos basados en revisión no sistemática de resultados o esquemas fisiopatológicos.

Las recomendaciones que la guía realiza están organizadas en las tres fases del cuidado al paciente:

1. FASE PREOPERATORIA (Tabla:9)
2. FASE POSTOPERATORIA (Tabla:10)
3. FASE AMBULATORIA(Tabla:11)

4.

**Tabla 9. Recomendaciones: Fase preoperatoria**

	<b>RECOMENDACIÓN</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
	Se debe dar formación preoperatoria a todos los pacientes que requieren una ostomía ya sus familias	<b>Ib</b>
	Se debe marcar la ubicación del estoma en todos los pacientes que vayan a ser sometidos a una cirugía de ostomía	<b>Ila</b>
	Examinar el posible impacto de la cirugía de ostomía en las relaciones íntimas y la función sexual del paciente y su pareja	<b>Ia</b>
	Se debe ofrecer una terapia de relajación progresiva a los pacientes sometidos a una ostomía como parte de una atención continuada	<b>Ib</b>

**Tabla 10. Recomendaciones: Fase postoperatoria**

	<b>RECOMENDACIÓN</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
	Se evalúa el estoma inmediatamente después de la operación clínica evaluación estado del estoma y de la piel periestomal con cada cambio del dispositivo de ostomía	IV
	Se identifican los factores de riesgo que influyen en las complicaciones del estoma	III
	Existencia en la historia con una herramienta de clasificación validada las posibles complicaciones	IV
	Se identifican los factores que generan complicaciones en la colostomía	Ib
	Se realiza conciliación de tratamiento	<b>Ila</b>
	Se realiza plan de cuidados	IV
	Se realiza evaluación nutricional y el paciente es valorado por la nutricionista	<b>Ila</b>
	Se realiza educación sobre complicaciones	IV
	Existencia en la historia de estar acompañado por la familia.	IV
	Se realiza educación /enseñanza al paciente sobre cambio de bolsa	<b>Ila</b>
	Se realiza educación /enseñanza al cuidador principal	IV
	Se realiza educación dietética y nutrición	<b>Ila</b>
	Se realizó continuidad asistencial	Ib

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

**Tabla 11.Recomendaciones: Fase ambulatoria**

	<b>RECOMENDACIÓN</b>	<b>Nivel de evidencia</b>
	Hay constancia en la historia de que se realiza educación sobre el manejo del estoma	<b>Ib</b>
	Existencia en la historia clínica evaluación estado del estoma y de la piel periestomal con cada cambio del dispositivo de ostomía	<b>Ila</b>
	Existencia en la historia con una herramienta de clasificación validada las posibles complicaciones.	<b>Ila</b>
	Se identifican los factores que generan complicaciones en la colostomía	<b>Ib</b>



## **7. JUSTIFICACIÓN**

El cáncer colorectal (CCR) es una de las neoplasias más frecuentes en nuestro medio. Concretamente en España, el cáncer colorectal es el tumor maligno de mayor incidencia, con entre 28.500 y 33.800 nuevos casos cada año.(Ferlay et al., 2014). Su mortalidad supone en nuestro país la segunda causa de muerte por cáncer, con una tasa de mortalidad del 7,01/100.000 hab., pero a pesar de ello, el 54 % de los pacientes que sufren un cáncer colorectal en España sobreviven más de 5 años siendo esta superior a la media europea, que es del 50% a los 5 años.(Borràs, Pareja, Peris, & Espinàs, 2008)

La cirugía sigue siendo hoy en día el único tratamiento curativo en el cancer colorectal y como resultado de estos procedimientos quirúrgicos se realiza con fines terapéuticos una ostomía (Seo et al., 2013a). La colostomía comunica o fistuliza una víscera hueca con la superficie corporal, esta mucosa se sutura a la piel del abdomen en una zona distinta al orificio natural de evacuación, denominándose estoma.

Las personas ostomizadas experimentan una serie de cambios y tienen que enfrentarse a una nueva situación (Bonill de las

Nieves, 2008) en la que tiene que asumir de manera efectiva nuevas funciones fisiológicas que su cuerpo, hasta ese momento, realizaba de forma automática.

El autocuidado en los pacientes ostomizados continua siendo una cuestión no conseguida según estudios, como el de Brito R. et al., (2004) en el que destacan que sólo el 34% de los pacientes ostomizados son capaces de ser autosuficientes en relación al cuidado de su ostomía al alta a domicilio.

Así Tal et al.,(2012a) identifican solamente un 50% de pacientes en los que se pueda comprobar un cuidado autónomo de su estoma, el resto es realizado por su entorno más nuclear, la familia.

El cuidado del paciente con ostomía en nuestro entorno está sujeto a diferencias en cuanto a la atención recibida por enfermeras con o sin alta cualificación(Mueller & Reimanis, 2012; Pittman et al., 2009b) por tanto nuestro estudio pretende identificar cual es el mejor cuidado enfermero para el paciente ostomizado basado siempre en la evidencia y según las recomendaciones de las guías de practica clínica (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, 2009), que permita al paciente mejorar sus capacidades de autocuidado, desarrollar la independencia y mejorar el afrontamiento.

Esta situación en el paciente genera varias formas de afrontamiento, diferentes estudios han demostrado que un variado número de respuestas ante el estoma, centradas tanto en el problema como en sus emociones, humor, la negación, la normalización así como la afectación que esta nueva situación tiene en su cuidador y la modificación de su relación con este.(Begoña Martín Muñoz et al., 2010a; Torquato & Decesaro, 2014a). Es por tanto la habilidad y destreza para llevar a cabo tareas específicas relacionadas con el manejo y cuidado del estoma la que parece favorecer una mejor adaptación psicosocial y una mejor calidad de vida, entendida esta como la capacidad de auto eficiencia.(Danielsen, Soerensen, Burcharth, & Rosenberg, 2013b)

Por tanto para el profesional de enfermería el estudio de la Calidad de Vida del paciente ostomizado es de gran interés(Knowles, Cook, & Tribbick, 2013b; Pachler & Wille-Jørgensen, 2012b; Pittman et al., 2009a), ya que nos permite conocer al ser humano desde una perspectiva más holística, incluyendo sus valores, creencias.

Vamos a explorar el impacto en la calidad de vida del paciente con cáncer colorectal y con colostomía analizando cuales son los factores que inciden en su vida tras la realización de la misma.(Brown & Randle, 2005b; Cornish et al., 2007; Martínez, 2015a).

Este conocimiento nos permitirá realizar intervenciones de acuerdo a las características y situación de vida por la que está atravesando e identificar las estrategias desarrolladas por personas portadoras de estomas digestivos para hacer frente a su situación teniendo en cuenta su entorno familiar(Bonill de las Nieves, Hueso Montoro, Celdrán Mañas, Rivas Marín, Sánchez Crisol, & Morales Asencio, 2013; Brito R. et al., 2004; Palma, Simonetti, Franchelli, Pavone, & Cicolini, 2012b) y cómo impacta en su cuidador principal.

Teniendo en cuenta la importancia del tema, el impacto personal y social del mismo a la luz de la evidencia científica, planteamos la realización de este estudio el cual pretende, evaluar la correlación que existe entre las intervenciones enfermeras identificadas en la guía de Práctica clínica de la Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), para el paciente ostomizado y las realizadas en la Agencia Sanitaria Costa del Sol, así como identificar el impacto en la calidad de vida que experimenta el paciente tras el diagnóstico de cáncer y la realización de una colostomía permanente además de como se ve modificada por factores sociodemográficos o clínicos o bien por los cuidados e intervenciones enfermeras.

## **8. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **8.1 Generales**

**OBJETIVO Nº 1:** Analizar la correlación entre las Buenas Practicas de Registered Nurses 'Association of Ontario (RNAO) y los cuidados de enfermería de la ASCS.

**OBJETIVO Nº 2:** Evaluar impacto en la calidad de vida del paciente tras la realización de una colostomía.

### **8.2 Específicos**

- Describir el perfil sociodemográfico del paciente con colostomía.
- Describir la utilización de los Recursos sanitarios durante un año de seguimiento tras la colostomía y supervivencia del paciente.
- Determinar diferencias en la adherencia al paciente en función de características sociodemográficas y las características clínicas del paciente.
- Describir perfil sociodemográfico del cuidador e identificar la sobrecarga.

## **9. MATERIAL Y METODO**

### **9.1 Diseño**

Estudio de cohortes retrospectivo de tipo observacional, unicéntrico, realizado en pacientes con colostomía permanente, intervenidos en la Agencia Sanitaria Costa del Sol, dependiente de la Consejería de Salud. Se analiza retrospectivamente la relación entre calidad de vida del paciente con colostomía y los cuidados de enfermería realizados durante su proceso intrahospitalario y extrahospitalario.

Adicionalmente, se realizó análisis de cohortes en la persona cuidador-principal, para explorar en un año de presencia del estoma, si tiene influencia en sus cuidadores habituales.

### **9.2 Emplazamiento**

El ámbito territorial para nuestro estudio comprende la zona de atención que está delimitado por los municipios de Benahavis, Casares, Estepona, Fuengirola, Istán, Manilva, Marbella, Mijas y Ojen (Figura 3). Estos Municipios Junto Con Benalmádena constituyen el Distrito Sanitario de la Costa del Sol, que se divide en cuatro áreas básicas de

salud: Marbella, San Pedro, Estepona y Fuengirola, además del centro de alta resolución que está en Benalmádena (HARE). El número de Habitantes se sitúa en 473.428 habitantes, según la última revisión del Padrón Municipal, aunque esta cifra no es un fiel reflejo de la población real atendida por el hospital: el importante carácter turístico y residencial de la zona define una población flotante no registrada en el censo, pero reflejada en la base de datos de pacientes atendidos por el Hospital que supone un 14% de extranjeros y un 25% de residentes temporales sobre la cifra antes citada.

El año 2014 se diagnosticaron en el conjunto de la Agencia 171 cánceres de colon y recto, el máximo histórico, 149 pacientes fueron diagnosticados o tratados en el HCS (117 en 2013) y 37 en el HAR (20 en 2013) incluidos 15 pacientes del CARE a los que se realizó endoscopia en el HAR. (Tabla: 12)

El 35.4% de las intervenciones programadas se realizaron en el plazo que establece el proceso: 4 semanas desde el resultado de la biopsia, el segundo mínimo histórico (51% en 2013). De los 83 pacientes que pasaron por lista de espera quirúrgica, 79 (95.2%) fueron intervenidos en el plazo de 1 mes (99% en 2013).

Los pacientes que recibieron quimio y/o radioterapia preoperatoria quedan fuera de estos cálculos. Los orígenes más habituales de los

pacientes fueron la derivación desde Atención Primaria (57%), el máximo histórico, seguido del ingreso programado tras un ingreso urgente (16%) y las intervenciones urgentes: 15% del total (38.22 y 19% en 2013, respectivamente). El estudio se desarrolló en las unidades de Hospitalización quirúrgica de Cirugía General Digestiva (UH 2100) del Hospital Costa del Sol de la Agencia Sanitaria Costa del Sol en aquellos pacientes a los que se les realizó una enterostomía de eliminación (colostomía) como tratamiento quirúrgico, en el periodo comprendido entre Enero 2014 y Enero 2015.

**Figura 2. Población y cobertura Sanitaria**





**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

*Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez*

**Tabla 12. Actividad Quirúrgica. Cáncer colon- Recto 2014**

<b>I. Evolución de actividad</b>						
HOSPITAL COSTA DEL SOL, 2010-2014						
INDICADORES DE ACTIVIDAD: EVOLUCIÓN INTERANUAL						
	2010	2011	2012	2013	2014	% VARIAC.
POBLACIÓN CENSADA	379334	387038	398616	404428	390207	- 3,5%
URGENCIAS	112812	111281	107192	107209	109714	+ 2,3%
FRECUECENCIA URGENCIAS *	2989	2875	2703	2651	2812	+ 6,1%
% URGENCIAS INGRESADAS	11,6	11,3	11,6	11,5	11,6	+ 0,9%
% URGENCIAS TRASLADADAS	0,57	0,56	0,48	0,49	0,49	+ 0,0%
PRESIÓN DE URGENCIAS	74,0	71,2	70,3	68,9	69,7	+ 1,2%
DURACION MEDIA URGENCIAS (horas)	4,87	4,55	4,64	4,85	5,00	+ 3,1%
INGRESOS HOSPITALIZACIÓN	18127	17759	17702	17948	18211	+ 1,5%
ESTANCIAS	92894	91119	95312	92234	91355	- 1,0%
FRECUECENCIA HOSPITALIZACIÓN *	478	459	446	444	467	+ 5,2%
ESTANCIA MEDIA	5,12	5,13	5,38	5,14	5,02	- 2,4%
% OCUPACIÓN HOSPITALIZACIÓN	72,9	71,2	74,4	71,7	70,5	- 1,7%
% TRASLADOS A OTROS HOSPITALES	1,28	1,34	1,54	1,43	1,34	- 6,3%
CAMAS	349,1	350,7	350,1	352,5	355,1	+ 0,7%
CAMAS POR 10.000 HAB. *	9,2	9,1	8,8	8,7	9,1	+ 4,4%
SESIONES HOSPITAL DE DÍA MÉDICO	7265	7978	7754	8173	8178	+ 0,0%
CONSULTAS EXTERNAS	309845	312817	308937	326408	333224	+ 2,1%
FRECUECENCIA CONSULTAS *	8168	8082	7789	8071	8540	+ 5,8%
% CONSULTAS SUCESIVAS	59,0	59,2	59,0	59,2	58,2	- 1,7%
CONSULTAS ENFERMERÍA	92297	93409	94942	102583	105958	+ 3,3%
INTERVENCIONES	14722	14986	14487	14614	14512	- 0,7%
INTERVENCIONES (sólo especialidades quirúrgicas)	13459	14011	13600	13713	13500	- 1,6%
INTERV. POR 10.000 HABIT. *	388	387	365	361	372	+ 2,9%
QUIRÓFANOS PROGRAMADOS (inc. ambulat. Gine)	2717	2770	2683	2849	2917	+ 2,4%
% RENDIMIENTO TIEMPO QUIRÓFANOS	73,1	74,0	74,4	74,4	74,3	- 0,1%
% INTERV. AMBULATORIAS	57,5	59,8	59,7	59,8	58,7	- 1,5%
% SUSTITUCIÓN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA	75,5	77,0	77,6	77,7	75,5	- 2,8%
PARTOS	3387	3267	3181	2978	2857	- 4,1%
NACIMIENTOS	3437	3326	3245	3023	2895	- 4,2%
% CESAREAS	20,1	21,7	20	22	21,6	- 1,8%
% PARTOS VAGIN. CON ANESTESIA EPIDURAL	64,8	64,8	63,8	65,8	67,8	+ 3,0%
PACIENTES EN PROGRAMA DE HEMODIÁLISIS +	157	166	162	152	160	+ 5,3%
(*) Frecuentaciones: episodios por 10.000 habitantes / CMA según definición SAS del año correspondiente. En Nº Interv. y % CMA no incluida actividad de especialidades del HCS en IAR Benalmádena. + Pacientes en diálisis al acabar el año, incluye centros concertados. Elaboración: Unidad Evaluación.						

### **9.3 Población y Muestra**

La muestra estuvo constituida por pacientes con diagnóstico de Cáncer colorectal, a los cuales se les realizó una colostomía en la Agencia Sanitaria Costa del Sol.

Para el estudio de cohortes retrospectivo que hemos propuesto, partiendo de un volumen de actividad anual de 100 pacientes intervenidos por colostomía permanente y con desconocimiento de la calidad vida al año de la intervención (se fija parámetro de máxima exigencia maestra - 50%), para un nivel de confianza del 95% y una precisión del 3%, se necesita valorar a 92 pacientes. Dado que es factible evaluar a todos los pacientes, se fija el tamaño de muestra en 100 pacientes. Se han seleccionado todos los pacientes de forma consecutiva y que cumplan criterios de inclusión/exclusión en periodo de estudio 1 de Enero de 2014 a 1 Enero de 2015.

### **9.4 Criterios de Inclusión y Exclusión**

**Criterios De Inclusión:** Pacientes con 18 o más años de ambos sexos, que hayan sido intervenidos en la Agencia Sanitaria Costa del Sol de resección intestinal con resultado de una colostomía permanente en el periodo comprendido entre Enero del 2014 y Enero 2015 y cuyo

seguimiento posterior se realice en nuestra Área Sanitaria. Deben firmar el consentimiento informado administrado vía correo postal.

**Criterios De Exclusión:** Pacientes portadores de ostomía o que hayan sufrido una resección intestinal previa al comienzo del estudio. Pacientes que no se expresen correctamente en castellano.

**Duración Del Estudio:** Dado que es un estudio retrospectivo planteamos que el desarrollo del trabajo de campo y posterior informe de resultados y envío de artículo científico se realice en aproximadamente 1 año.

## **9.5 Descripción de las variables**

Se incluyeron variables sociodemográficas, clínicas y de caracterización de la relación cuidador-paciente: edad, sexo, nivel de estudios, situación ocupacional del pacientes, presencia de cuidador, causa de la ostomía (tumoral vs no tumoral), procedencia del paciente, programada o urgente, técnica quirúrgica realizada, tipo de ostomía, tiempo de permanencia del estoma, patología asociada, complicaciones postquirúrgicas o las relativas al estoma, calidad de vida medida mediante el cuestionario STOMA-QOL, sobreesfuerzo del cuidador, situación socio familiar y utilización de recursos sanitarios requeridos

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

por el paciente mediante la estancia y la frecuentación de consultas en atención especializada, atención de urgencias y Atención Primaria.

Para las intervenciones enfermeras relacionadas con la Guía de Práctica Clínica de Registered Nurses Association of Ontario (RNAO), se identificaron aquellas de mayor evidencia recogidas en la Guía y se evaluó el cumplimiento en la historia clínica. Para poder organizar las intervenciones según la cronología del proceso, se agruparon en tres Fases: 1) Preoperatoria compuesto por 10 ítems, 2) Postoperatoria compuesto por 13 ítems y 3) Ambulatoria compuesto por 4 ítems. Para cada una de las fases, se valoró el número de ítems adecuados y se calculó la correspondiente tasa de cumplimiento en función del número de ítems que aplicasen en cada fase. La tasa de cumplimiento la consideramos adecuada, cuando superaba el 80% en cada fase.

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

**Tabla 13. Variables Sociodemográficas y Clínicas.**

<b>Sociodemográficas y Clínicas</b>			
<b>Variables Independientes</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valores</b>	<b>Fuente/ instrumento</b>
Edad de pacientes	Cuantitativa continua	-	Hª Clínica
Edad de cuidador familiar principal	Cuantitativa continua	-	Entrevista Telefónica
Sexo de pacientes	Cualitativa dicotómica	1. Hombre 2. Mujer	Hª Clínica
Sexo de cuidador familiar principal	Cualitativa dicotómica	1. Hombre 2. Mujer	Entrevista Telefónica
Parentesco entre cuidador familiar principal y pacientes	Cualitativa Policotómica	1: Pareja 2: Hijo/a 3: Padre/madre 4: Hermano/a 5: Cuñado/a 6: Nuera/Yerno 7: Otra consanguinidad 8: Amigo/a	Hª Clínica
Nivel de estudios de pacientes	Cualitativa Policotómica	1: Sin estudios 2: Alfabetización mínima/estudios primarios 3: Estudios secundarios / Bachiller / FP 4: Estudios universitarios	Hª Clínica
Patología que con lleva la cirugía	Cualitativa dicotómica	1: TUMORAL 2: NO TUMORAL	Hª Clínica

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

Situación ocupacional del cuidador familiar principal	Cualitativa policotómica	1: Desempleo 2: Trabajo doméstico (no jubilado, ni en solicitud de demanda de empleo) 3: Trabajo remunerado 4: Jubilación	Entrevista
Tipo de Cirugía	Cualitativa dicotómica	1: Programada 2: Urgente	Hª Clínica
Tipo de intervención	Cualitativa policotómica	1. Colectomía transversa 2. Hemicolectomía DX 3. Hemicolectomía Izda. 4. Pancolectomía 5. Resección abdominoperineal 6. Colectomía subtotal 7. Sigmoidectomía 8. Resección anterior baja	Hª Clínica
Tipo de ostomía	Cualitativa dicotómica	1. Colostomía 2. Ileostomía	Hª Clínica
Tiempo de permanencia del estoma	Cuantitativa Continua		Hª Clínica
Comorbilidad del paciente	Cualitativa policotómica	1. Hábito tabáquico 3. Diabetes 4. Hipertensión arterial 5. Tumor primario 6. Cardiopatía	Hª Clínica
Complicaciones postquirúrgicas o las relativas al estoma	Cualitativa policotómica	1. Alto débito 2. dehiscencia 3. Dermatitis 4. Fuga 5. Hernia	Hª Clínica

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

<b>Variables Dependientes</b>	<b>Tipo</b>	<b>Valores</b>	<b>Fuente/ instrumento</b>
Tasa de cumplimiento de recomendaciones RNAO	Cuantitativa continua	Porcentaje (%)	Registered Nurses 'Association of Ontario (RNAO) (ANEXO:1)
Estancia Hospitalaria	Cuantitativa continua	Días de estancia	Sistema de información del Hospital
Calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes ostomizados	Cuantitativa continua	Buena calidad de vida (70 – 100%) Moderada calidad de vida (30 – 70%) Mala calidad de vida (0 – 30%)	SOMA QoL (ANEXO:3)
Recursos Sanitarios Nº asistencias/consultas CCEE	Cuantitativa continua		Sistema de información del Hospital
Recursos Sanitarios Nº asistencias/ consultas Urgencias	Cuantitativa continua		Sistema de información del Hospital
Recursos Sanitarios Nº asistencia / consultas Atención Primaria	Cuantitativa continua		Diraya
Sobrecarga de cuidador	Cuantitativa continua	< 7 >7	Índice de esfuerzo del cuidador (Anexo:2 )
Soporte Socio familiar	Cuantitativa continua		

## **9.6 Procedimiento y Recogida de Datos**

Se analizaron las historias de los pacientes a los que se les había realizado una enterostomía (colostomía), identificados por el servicio de evaluación del Hospital Costa del Sol, según CMBD con diagnóstico "Colostomía", en el periodo comprendido entre Enero 2014 y Enero 2015. Se descartaron las historias que no cumplían los criterios de inclusión definidos.

Los datos fueron recogidos, utilizando como fuente de información, la historia clínica informatizada, alojada en la aplicación Doctor. Además, se utilizó la aplicación HCIS, para la recogida de información proveniente de los registros de enfermería, una vez obtenida la autorización de la Comisión de Investigación del Centro.

Para asegurar la calidad de la recogida de los datos, de forma aleatoria y blindada, un evaluador ajeno al estudio revisó 20 historias (20%) de historias evaluadas, de la muestra seleccionada y se comprobó la concordancia en la valoración de variables.

Para la evaluación de la frecuentación de consultas de enfermería en atención especializada se utilizó la historia informatizada y los registros de enfermería realizados.



Para evaluación de la frecuentación de consultas en Atención primaria se utilizó, la historia única del SAS, mediante la revisión en Diraya de las consultas enfermeras y los registros realizados para el cuidado de heridas/ostomías.

La recogida e identificación de las variables en la historia clínica se llevó a cabo en la "Hoja de recogida de datos", el documento creado con las variables que se especifican en la (Tabla: 13) y para la identificación de la adherencia a las buenas prácticas de la guía de la RNAO se llevó a cabo en el documento que se especifica (Anexo:1)

## **9.7 Descripción de los instrumentos**

La recogida de datos relacionada con la evaluación de la calidad de vida, se realizó el cuestionario de calidad de vida a todos los pacientes a los que se les realizó una colostomía en el periodo comprendido entre Enero 2014 y enero 2015, mediante llamada telefónica en horario de mañana y tarde, y se le llamó tres veces antes de considerarla como no localizable.

Para la recogida de información a través del teléfono, se envió por correo postal consentimiento escrito a los pacientes incluidos en el estudio antes de comenzar con la entrevista, informándolas del propósito del estudio y del tratamiento de la información.

### **9.7.1 Cuestionario de calidad de vida: STOMA-QOL**

Es un cuestionario específico de uso en pacientes con ostomías. Las puntuaciones del cuestionario van de 20 a 80, pero se aplica una tabla de conversión de los resultados del mismo para obtener una escala que va desde: 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud). Proporciona indicadores cualitativos que expresan el impacto sobre la calidad de vida y satisfacción del paciente. Son datos subjetivos, perceptivos de cada individuo. Consta de 20 preguntas con opción a 4 respuestas: Nunca (4 puntos), raras veces (3 puntos), algunas veces (2 puntos) y siempre (1 punto). La puntuación final calculada nos aporta un porcentaje del 80%, por lo que se debe sumar al total un 20% para conseguir el 100% de la tabulación. Sobre este total se consideraron tres niveles de medición:

- Buena calidad de vida (resultado de 70 – 100%).
- Moderada calidad de vida (resultado de 30 – 70%).
- Mala calidad de vida (resultado de 0 – 30%)

Este cuestionario validado y traducido a 16 idiomas. Es un conjunto de 20 ítems, que tratan temas como son el sueño, la actividad sexual, las relaciones personales y las relaciones sociales. Ha mostrado para nuestra población de estudio y la totalidad de los ítems, una buena

consistencia interna ( $\alpha$  de Crombach de 0.861). Tras el análisis factorial confirmatorio, los ítems han saturado claramente en dos factores, a los que pasamos a denominar por las características de los factores, Personal y Social. El factor personal engloba los ítems relacionados con el estoma y los dispositivos de cuidado, el descanso, el área sexual y el factor social los ítems relacionados con las relaciones con la familia, pareja y amigos. El Análisis Factorial Confirmatorio, nos indica que dos ítems (uno por factor) no saturaban correctamente y el modelado de ecuaciones estructurales nos ha sugerido su eliminación. (Anexo:3)

### **9.7.2 Índice de sobre carga del cuidador**

El Índice de Esfuerzo del Cuidador (IEC) o Caregiver Strain Index es un instrumento diseñado para medir la carga percibida de aquellas personas que cuidan a sus familiares. Este instrumento fue validado originalmente por Robinson (1983) en una población americana de cuidadores de pacientes tras un alta hospitalaria por una enfermedad cardíaca aterosclerótica o por la implantación de una prótesis de cadera.

La identificación de los cuidadores que experimentan una sobrecarga o sobreesfuerzo es importante ya que esta situación repercute directamente sobre la persona que cuida hasta el punto de que los cuidadores pueden llegar a presentar una mayor tasa de

mortalidad frente a la población general. Además, la percepción de carga por el cuidador puede ser uno de los mejores predictores de institucionalización, mejor incluso que la propia situación de salud del receptor de cuidados. Índice de sobrecarga del cuidador: Mide el grado de sobre esfuerzo de las personas cuidadoras de personas dependientes. Se utilizará como entrevista telefónica semiestructurada que consta de 13 ítems con respuesta dicotomía verdadero-falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Interpretación: Puntuación > 7 sugiere un nivel elevado de sobre esfuerzo. (Anexo:2)

### **9.7.3 Apoyo Socio Familiar**

La Escala de valoración sociofamiliar permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social, siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social, para su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria. Se trata de una escala auto administrada de valoración de riesgo socio familiar que consta de 5 ítems.

La escala consta de 5 ítems o variables (situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo social), con 5 posibles categorías en cada una de ellos, estableciendo un gradiente desde la situación social ideal, o ausencia de problemática a la objetivación de

alguna circunstancia o problema social, obteniéndose una puntuación global, la población diana: Población mayor de 65 años.

Valoración del cuestionario: Recomendamos su utilización haciendo un registro independiente de cada una de las variables, ya que su principal utilidad no es definir un riesgo social sino detectar dimensiones deficientes. De hecho se han desarrollado diferentes versiones que no incluyen puntuación. En cualquier caso se considera que el punto de corte para la detección de riesgo social es 16. (Anexo: 4)

## **9.8 Análisis estadístico**

Se realizó análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, y distribución de frecuencias para las cualitativas, representando gráficamente la distribución de frecuencias a partir de diagramas de barras e, histogramas.

Se evaluó la diferencia en la tasa de cumplimiento para cada fase, respecto a variables cualitativas dicotómicas mediante el test de la t de Student, y el test de la ji cuadrado para evaluar diferencias en la distribución de la calidad de vida dicotomizada frente a variables cualitativas independientes. Se evaluó la correlación entre la tasa de

cumplimiento y frecuentación de consultas mediante el coeficiente de correlación de pearson, complementado con correspondiente gráfico de dispersión. Finalmente, se utilizó el método de kaplan-meier para evaluar el tiempo medio de supervivencia del grupo de estudio. En los diferentes análisis se estableció el nivel de significación estadística en  $p < 0,05$ .

## **9.9 Autorizaciones Y Aspectos Éticos**

El presente estudio se ha ajustado en todo momento a la declaración de Helsinki y a la ley de protección de derechos de los pacientes (Ley 15/2002). No se recabará ningún dato clínico fuera de los consignados anteriormente. No obstante, todos los datos recogidos en este proyecto serán registrados de forma anónima, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley 41/2002 de 14 de noviembre; Ley 15/1999 de 15 de diciembre). Con el fin de proteger la confidencialidad de la información personal de los participantes se precisa:

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

*Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez*

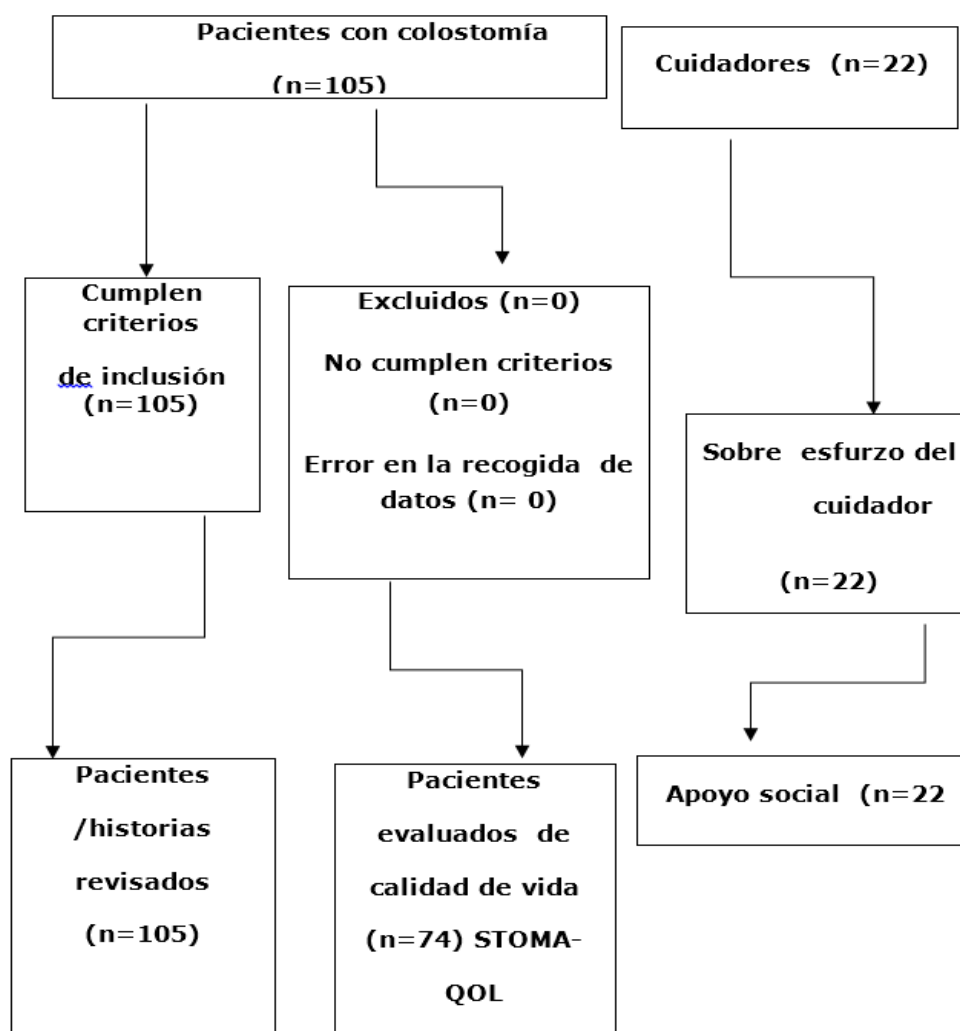
- Todos los datos que puedan identificar al participante se mantendrán separados del resto de la información recogida en los diferentes cuestionarios del estudio.
- Cada caso del estudio contará con un número de identificación que será el que figure en las bases de datos.
- El análisis de la información se hará siempre de forma agregada y nunca individual.
- Todos los investigadores implicados en el proyecto se comprometen a cumplir las normas necesarias para preservar la confidencialidad de la información facilitada por los participantes.
- Todas las bases de datos del proyecto estarán protegidas electrónicamente con códigos que limiten el acceso únicamente a los investigadores del proyecto.

Se solicitará a todos los pacientes su autorización para su inclusión en el estudio, mediante consentimiento informado recibido por correo postal (recibido con sobre prefranqueado para su reenvío al investigador principal). (Anexo:5).

## 10. RESULTADOS

El número total de sujetos finalmente incluidos en el estudio fue de 105 pacientes para la valoración de características clínicas y evaluación de las intervenciones enfermeras. En la Fig. 4 se describe el flujograma secuencial del estudio.

**Figura 3. Flujograma secuencial selección de la muestra**

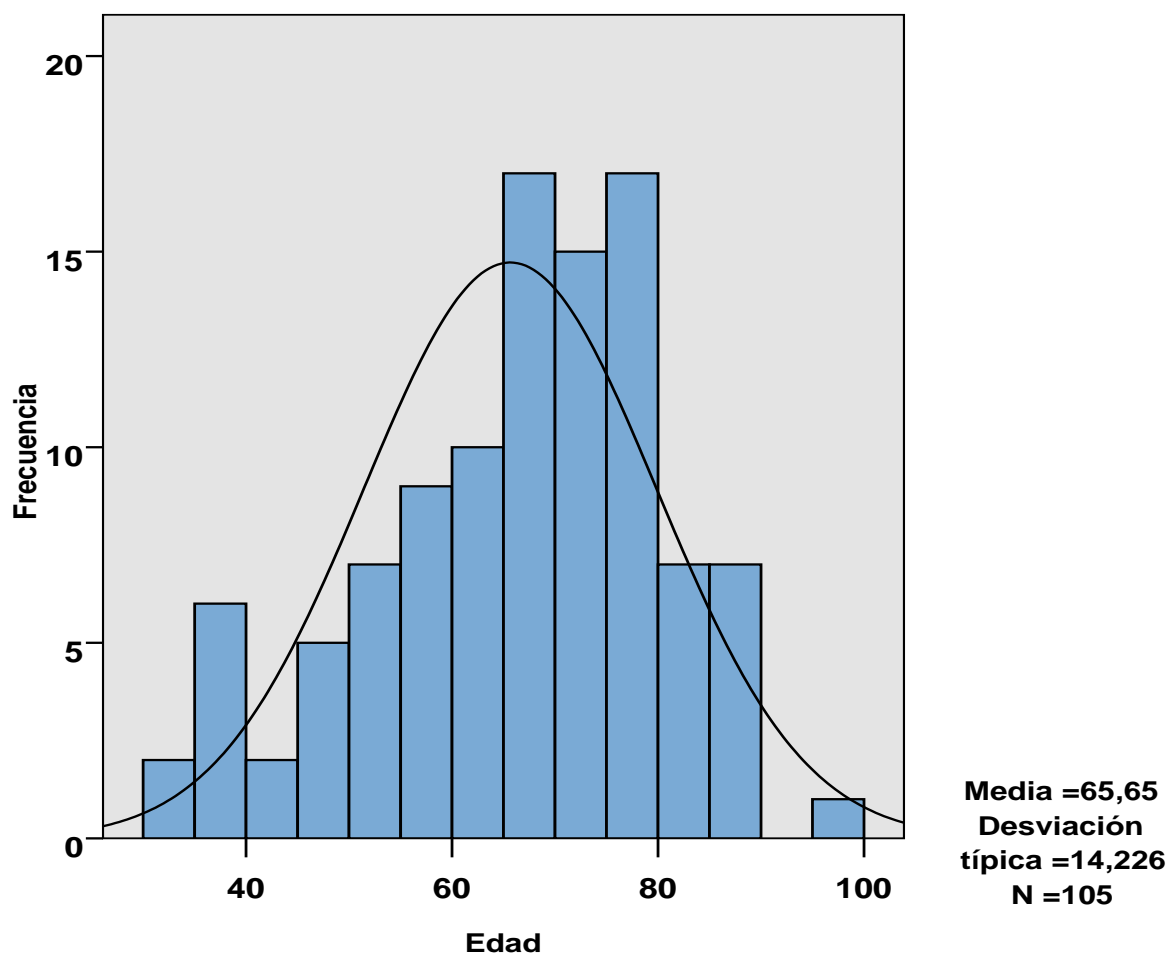




## 10.1 Características y descripción de la muestra

La muestra estuvo compuesta por 105 pacientes con enterostomía (colostomía), cuya edad media es de 65,7 años (DE 14,2) y una distribución de bastante similar, 51,4% hombres (n= 54) y 48,6% mujeres (n=51).

**Figura 4. Perfil sociodemográfico\_ Edad los pacientes.**



**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

En cuanto al nivel de estudios de los pacientes, el grupo predominante fue el distribuido en el estrato "*Sin estudios/estudios primarios*" con un 61,9% (n=65) en relación con el grupo "*Con estudios secundarios /universitarios*" donde el resultado fue de un 35,6% (n=37).

Se "*identifica el cuidador principal*" del paciente en el 81% de los casos (n=85), siendo el Conjuge en un 46,4% (n=48) el grado de parentesco más frecuente, seguido del rol de cuidador hijo/a con un 28,8% (n=26). Como se puede observar, se identifican otros parentescos cada vez más habituales: amigos, sobrinos etc., con un 11,3% (n=13).(Tabla: 15)

**Tabla 14.Características Sociodemográficas**

<b>DISTRIBUCION DE CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS</b>				
<b>Variables</b>		<b>Pat. colostomía (n=105)</b>		
		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% acumulado</b>
<b>Sexo</b>				
	Femenino	51	48,6	48,6
	Masculino	54	51,4	100,0
<b>Edad</b>				
	<i>Media</i>	<i>105,0</i>	<i>65,7</i>	
<b>Grado de Escolaridad</b>				
	Sin estudios /Estudios primarios	65	61,9	93,1
	Secundarios/Universitarios	37	35,2	92,2
	Total	102	97,1	
<b>Estado Civil</b>				
	Soltero/a	4	3,8	6,9
	Casado/a	42	40,0	79,3

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

Divorciado/Separado	12	11,4	100,0
Viudos	47	44,8	
Total	105	100,0	
<b>Identificador cuidador principal</b>			
No	20	19,0	19,0
Si	85	81,0	100,0
Total	105	100,0	
<b>Parentesco del cuidador</b>			
Cónyuge	48	46,4	29,5
Cónyuge, Hijo/a	7	2,9	32,4
Hermano/a	10	9,5	41,9
Hijo/a	26	28,8	66,7
Hijo/a, Hermano/a	1	1,0	67,6
Otros (amigos, vecinos)	13	11,3	100,0
Total	105	100,0	

En cuanto a las características clínicas de nuestra muestra (Tabla: 14) identificamos la causa más frecuente por la cual se realiza la colostomía, es la Neoplasia de Colon con el 41.9%(n= 44) y el 20.9 % son por Adenocarcinoma de Recto (n=22). Siendo la Diverticulitis con el 13.3% (n=14 ) y los traumatismos con 17.1%(n= 18), la causa por la que menos se realiza la colostomía.

El 75.2% de las ostomías son por causa tumoral (n=54), frente al 17.1 % que se realizan por causa no tumoral (n=18) y la menos frecuente ha sido por causa inflamatoria 3.8 % (n=4). La procedencia del paciente ha sido bastante similar, ligeramente mayor de cirugía

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

programada 51.4% (n=54) y el 48.6% ha sido por cirugía urgente (n=51).

En el 29.5% la técnica quirúrgica utilizada ha sido una amputación abdominoperineal (n=31), seguido de la Sigmoidectomía que fue la técnica utilizada en el 33,3%(n=35). El 67.6% han sido colostomías (n=71) y el 32.4 % han sido ileostomías (n=34).

En cuanto las complicaciones, no han desarrollado complicaciones en el 59% (n=62) y si han desarrollado complicaciones en el 41 % de las ostomías (n= 36). De estas complicaciones la más frecuentes 9.5% es la dermatitis (n= 10) y la segunda más frecuente con 7.6% es la hernia (n= 8).

Las pérdidas por exitus han sido el 16.2% (n=17) del total de pacientes del estudio y en el periodo identificado.

**Tabla 15.Características Clínicas del paciente**

DISTRIBUCIÓN CARACTERÍSTICAS CLINICAS				
	Variables	Pat. colostomía (n=105)		
		N	%	% acumulado
Diagnóstico médico				
	Adenocarcinoma de Recto	22	20,9	40,0
	Diverticulitis complicada	14	13,3	36,2

147

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

	Enfermedad inflamatoria	3	2,9	39
	Isquemia	2	1,9	41
	Neoplasia de Colon	44	41,9	82,9
	Traumatismos, perforación	18	17,1	100
	Total	105	100	
<b>Causa de la cirugía</b>				
	Tumoral	79	75,2	100
	No tumoral	18	17,1	21
	Inflamatoria	4	3,8	3,8
	Otros	4	3,8	24,8
	Total	105	100	
<b>Procedencia del paciente</b>				
	Programada	54	51,4	51,4
	Urgente	51	48,6	100
	Total	105	100	
<b>Tipos de Intervención</b>				
	Colectomía trasversa	1	1	8,6
	Hemicolectomía derecha	5	4,8	15,2
	Hemicolectomía izquierda	7	6,7	21,9
	Pancolectomía	1	1	33,3
	Resección abdominoperineal	31	29,5	63,8

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

	Colectomía subtotal	1	1	65,7
	Sigmoidectomía	35	33,3	99
	Resección anterior baja	1	1	64,8
	Total	105	100	
<b>Tipo de ostomía</b>				
	Colostomía	71	67,6	67,6
	Ileostomía	34	32,4	100
	Total	105	100	
<b>Exitus</b>				
	Vivo	88	83,8	83,8
	Exitus	17	16,2	100
	Total	105	100	
<b>Complicaciones</b>				
	Ausencia	62	59	63,3
	Presencia	36	34,3	100
	Total	98	93,3	
<b>Complicaciones frecuentes</b>				
	Alto debito	1	1	68,6
	Dehiscencia	1	1	69,5
	Dermatitis	10	9,5	81,9
	Fuga	1	1	90,5
	Hernia	8	7,6	98,1
	Otros	2	1,9	100
	Total	105	100	

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

El 42,95% de los pacientes presentaron hipertensión Arterial (n=46), el 30,5% el hábito tabáquico (n= 32), seguido con igual frecuencia la Diabetes 22.9% (n= 24) y el tumor primario (n= 24 22,9%). Por último la cardiopatía 21% es la con menor frecuencia (n=22)(Tabla:16)

**Tabla 16 : Comorbilidad asociada**

<b>COMORBILIDAD</b>	<b>Presencia</b>	<b>(n=105)</b>	<b>%</b>
<b>Presencia de hábito Tabáquico</b>	NO	71	67,6
	SI	32	30,5
<b>Diabetes</b>	NO	79	75,2
	SI	24	22,9
<b>Hipertensión arterial</b>	NO	58	55,2
	SI	45	42,9
<b>Tumor primario</b>	NO	79	75,2
	SI	24	22,9
<b>Cardiopatía</b>	NO	81	77,1
	SI	22	21

**Objetivo 1: ANALIZAR LA CORRELACION ENTRE LAS BUENAS PRACTICAS DE REGISTERED NURSES 'ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO) Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA DE LA ASCS.**

Los resultados de las variables estudiadas que dan respuesta al primer objetivo de la investigación se detallan a continuación.

## **10.2 ANALISIS DESCRIPTIVO UNIVARIANTE**

### **10.2.1 Intervenciones Fase Preoperatoria**

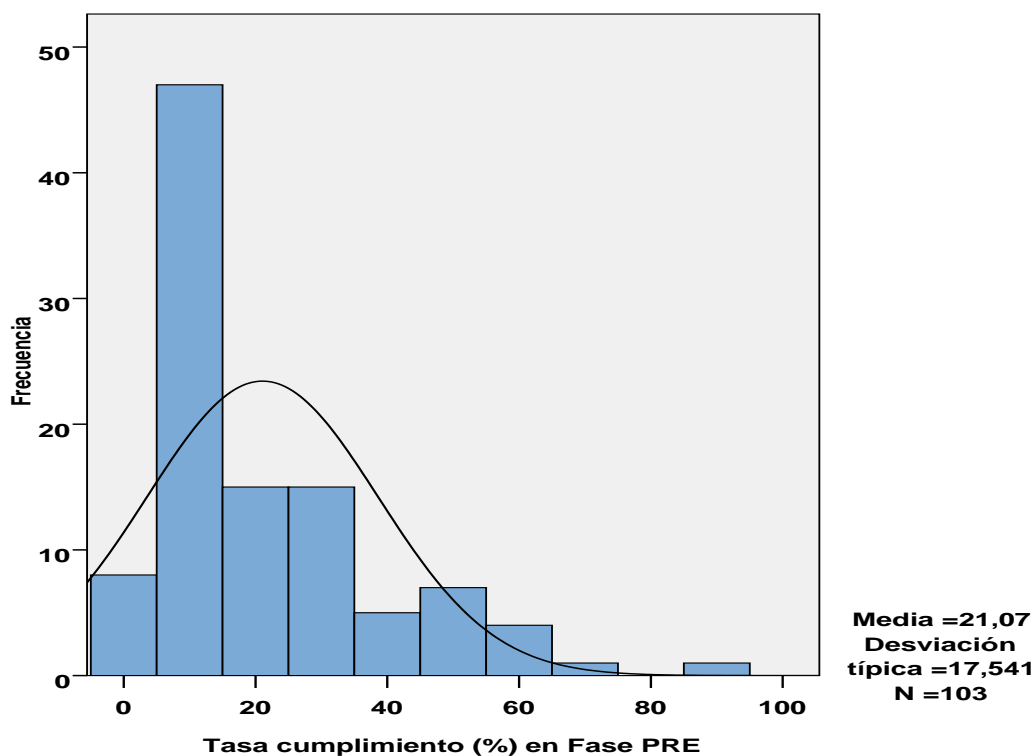
La intervención con una mayor tasa de adherencia a las buenas prácticas descritas por la RNAO en el preoperatorio es la "Valoración de necesidades de enfermería con herramienta validada" que se lleva a cabo en el 91.4% de las situaciones (n=96).

Del resto de intervenciones, ninguna tiene una tasa de cumplimentación mayor al 50%, siendo la "Formación preoperatoria al paciente y a su familia", con un 33.3% (n=35), seguido de la "Información al pacientes sobre qué es la colostomía" con un 20% (n=21) de cumplimentación, las siguientes en adherencia. Dos de las intervenciones, "Evaluación funcional del paciente" (n=16) e "Información sobre la colostomía al paciente y al cuidador" (n=16) tienen una tasa de cumplimentación ambas del 15.2%.



El resto de intervenciones, tienen una tasa de cumplimentación inferior al 15%. En el 11.4% "Se realiza el marcaje del estoma antes de la cirugía" (n=12) y en el 11.4% "Se evalúan los aspectos culturales y espirituales" (n= 12), junto con "La evaluación de aspectos económicos" 4.8% (n =5) presenta adherencia baja, al igual que "Se ofrece terapia de relajación muscular" 4.8% (n=5), siendo la "Evaluación del impacto de la ostomía en su vida sexual y de pareja" 1.9% (n=2) la intervención que menos tasa de cumplimentación presenta (Tabla:17 ).

**Figura 5.Tasa de adherencia en la Fase Preoperatoria**



**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

**Tabla 17. Intervenciones Fase Preoperatoria**

<b>INTERVENCIONES ENFERMERAS ASCS vs ( RNAO ) FASE : PREOPERATORIA</b>		<b>N =105</b>	<b>%</b>	<b>% acumulado</b>
Se realiza valoración necesidades de enfermería mediante herramienta validada	NO	9	8,6	8,6
	SI	96	91,4	100
Se evalúan aspectos económicos	NO	100	95,2	95,2
	SI	5	4,8	100
Se evalúan aspectos evaluación funcional (capacidades cognitivas y psicomotoras ,destreza, vista o audición)	NO	89	84,8	84,8
	SI	16	15,2	100
Se realiza formación preoperatoria al paciente y a su familia.	NO	70	66,7	66,7
	SI	35	33,3	100
Existe constancia en la historia clínica de haber informado al paciente sobre "Qué es una colostomía"	NO	83	79	79,8
	SI	21	20	100
Se ha realizado marcaje del estoma antes de la cirugía	NO	93	88,6	88,6
	SI	12	11,4	100
Existencia en la historia clínica de información a la familia /cuidador sobre la colostomía	NO	89	84,8	84,8
	SI	16	15,2	100
Existe constancia en la historia del impacto de la ostomía en las relaciones íntimas y la función sexual del paciente y a su pareja	NO	103	98,1	98,1
	SI	2	1,9	100
Se ofrece una terapia de relajación muscular a los pacientes sometidos a una ostomía	NO	99	94,3	95,2
	SI	5	4,8	100
Se evalúan aspectos culturales y espirituales	NO	93	88,6	88,6
	SI	12	11,4	100

### **10.2.2. Intervenciones Fase Postoperatoria**

La intervención con una **mayor tasa de adherencia en el postoperatorio** es, *"Se realiza plan de cuidados aplicando Metodología Enfermera"* con un 90.5% de cumplimentación (n= 95), seguido de *"Evaluación de la presencia de la familia"* con un 82.9% (n=87).

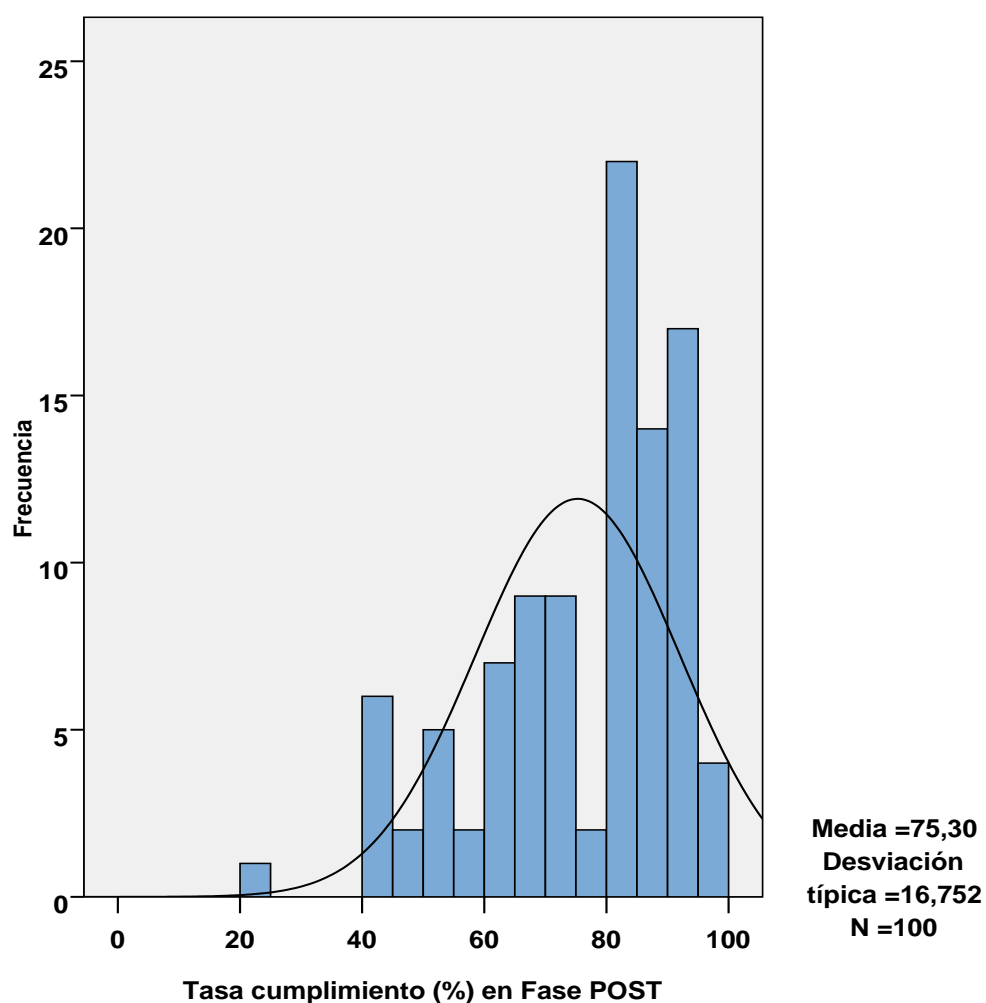
Se identifican también *"La evaluación nutricional"* y la *"educación dietética y nutricional"* con un 81.9% de cumplimentación (n=86), que presentan una tasa de adherencia superior al 80%.

La *"evaluación de la piel periestomal después de cada cambio"* con un 75.2% (n = 79) muestra una adherencia superior al 70%.

A continuación, la intervención *"Se evalúa el estoma inmediatamente después de la intervención"* se realiza en el 68.6% (n= 72), *"se identifican los factores que generan complicaciones en la colostomía"* 66.7 % (n=70) y *"Se realiza educación/enseñanza al paciente sobre el cambio del dispositivo mediante un cronograma educativo"* 68.6% (n=72) presentan una adherencia por debajo del 70%. (Tabla:18).

La intervención con menos adherencia es "Existencia en la historia de herramienta validada para evaluar posibles complicaciones" con un 28.6% de cumplimentación (n=30).

**Figura 6. Tasa de Adherencia en la Fase Postoperatoria**



**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

*Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez*

**Tabla 18: Intervenciones en la Fase Postoperatoria**

<b>INTERVENCIONES ENFERMERAS ASCS vs (RNAO) FASE: POSTOPERATORIA</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% acumulado</b>
Hay constancia en la historia de que se evalúa el estoma inmediatamente después de la operación.	NO	28	26,7	28
	SI	72	68,6	100
Existe constancia en la historia clínica de evaluación del estoma y piel periestomal en cada cambio del dispositivo de ostomía.	NO	20	19	20,2
	SI	79	75,2	100
Existencia en la historia con una herramienta de clasificación validada las posibles complicaciones.	NO	69	65,7	69,7
	SI	30	28,6	100
Se identifican los factores que generan complicaciones en la colostomía.	NO	29	27,6	29,3
	SI	70	66,7	100
Se realiza conciliación de tratamiento.	NO	39	37,1	39,4
	SI	60	57,1	100
Se realiza plan de cuidados (Metodología Enfermera).	NO	3	2,9	3,1
	SI	95	90,5	100
Se realiza evaluación nutricional.	NO	13	12,4	13,1
	SI	86	81,9	100
El paciente es valorado por la nutricionista.	NO	38	36,2	38
	SI	62	59	100
Existencia en la historia de estar acompañado por la familia.	NO	13	12,4	13
	SI	87	82,9	100
Se realiza educación / enseñanza al paciente sobre cambio de bolsa o dispositivos (cronograma educativo).	NO	27	25,7	27,3
	SI	72	68,6	100
Se realiza educación dietética y nutrición.	NO	14	13,3	14
	SI	86	81,9	100
Se realiza educación sobre complicaciones.	NO	19	18,1	19,2
	SI	80	76,2	100

### **10.2.3 Intervenciones: Fase Ambulatoria**

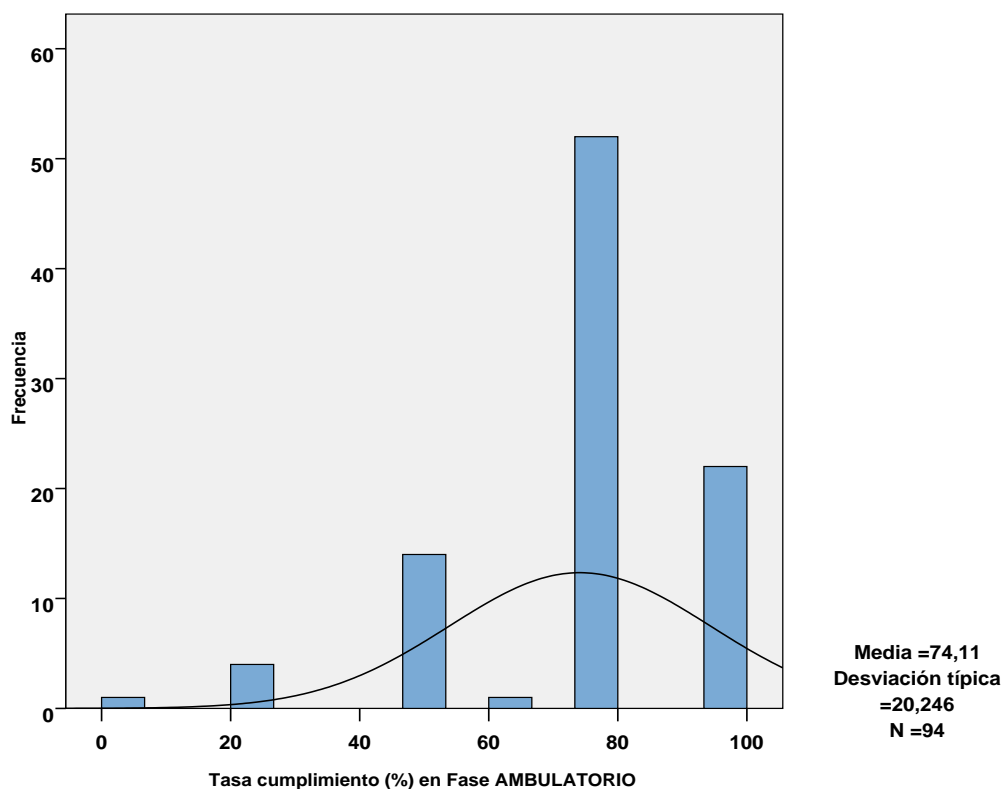
Las intervenciones enfermeras que la guía de buenas prácticas identifica para la fase ambulatoria que más adherencia han presentado con un cumplimiento del 81% .Estas intervenciones son :*"Existe constancia en la historia de evaluación del estado del estoma, piel periestomal en cada dispositivo"* (n=85) y *"Se identifican factores generan complicaciones"*(n=85).

En el 66,7% de los pacientes se realizó una *"Evaluación inmediata del estoma después de la intervención"* (n=70 ) y en el 65,9 % es realizó la intervención de validación de complicaciones mediante una herramienta validada: *"Existe en la historia una herramienta validada para la evaluación de las complicaciones"* (n= 69), ambas presenta una adherencia por debajo del 70%.  
(Tabla: 19)

**Tabla 19. Intervenciones Fase Ambulatoria**

<b>INTERVENCIONES ENFERMERAS ASCS / vs (RNAO) FASE: AMBULATORIA</b>		<b>N</b>	<b>%</b>	<b>% acumulado</b>
Hay constancia en la historia de que se evalúa el estoma inmediatamente después de la operación.	NO	24	22,9	25,5
	SI	70	66,7	100
Existe constancia en la historia de evaluación del estado del estoma, piel periestomal en cada cambio de dispositivo.	NO	9	8,6	9,6
	SI	85	81	100
Existencia en la historia con una herramienta de clasificación validada las posibles complicaciones.	NO	56	53,3	59,6
	SI	38	36,2	100
Se identifican los factores que generan complicaciones en la colostomía.	NO	8	7,6	8,6
	SI	85	81	100

**Figura 7. Tasa de Adherencia en la Fase Ambulatoria**



**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

Si agrupamos las diferentes intervenciones, según las fases en las que se han desarrollado, podemos obtener un nivel de cumplimentación en cada una de ellas, que de forma más clara, pueden mostrar la adherencia de las intervenciones a las buenas prácticas. De esta forma, podemos observar que la correlación en cuanto a la tasa de cumplimiento de las intervenciones enfermeras identificadas en la guía de Buenas Prácticas (RNAO) agrupadas por fases, nos dan una adherencia mayor en las fase postoperatoria con un 75.29% (n = 103) y Ambulatoria, con un 74,11% (n=94) superior al 70%. Sin embargo la adherencia en la Fase preoperatoria (n= 103) es del 21% y por lo tanto, considerablemente menor (Tabla:20).

**Tabla 20.Tasa de Cumplimiento por Fases**

Tasa de cumplimiento (%) por FASES		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Tasa cumplimiento (%) en Fase PRE		103	0	90	21%	17,54
	Perdidos	2				
Tasa cumplimiento (%) en Fase POST		100	20	100	75,29%	16,75
	Perdidos	5				
Tasa cumplimiento (%) en Fase AMBULATORIA		94	0	100	74,11%	20,24
	Perdidos	11				



## **10.3 ANÁLISIS BIVARIANTE**

### **10.3.1 Adherencia Intervenciones Enfermeras**

#### **➤ Nivel de cumplimentación de las intervenciones y EDAD**

Para explorar las diferencias en la adherencia a los cuidados descritos en la guía en función de características sociodemográficas y características clínicas principales se procede a la realización de un análisis bivariado, mediante la prueba t de Student, para comprobar si existen diferencias en cumplimentación en cada una de las fases.

Se identifica para la variable Edad, una Tasa cumplimiento (%) en Fase Preoperatoria en menores de 65 años del 22.93% (n= 41) y un 19.84 % en mayores o iguales a 65 años (n=62).

En la Fase Postoperatoria la tasa cumplimiento (%) en menores de 65 ha sido del 75.41 % (n = 41) y de un 75.21% en mayores o iguales a 65 años (n=59 y en la Fase Ambulatoria el 74.36% de Tasa cumplimiento (%) en menores de 65 años (n=39) y de un 73.94% en mayores o iguales a 65 años (n=55 ), no apreciándose diferencias significativas en la tasa de cumplimentación (Tabla:21).

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

**Tabla 21. Tasa de Cumplimentación y Edad**

TASA DE CUMPLIMENTACION - EDAD		<i>F</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>Sig. (bilateral)</i>	<i>IC95%</i>	
Tasa de cumplimiento (%) FASES	Prueba T para la igualdad de medias					Superior	Inferior
<b>PREOPERATORIO</b>	Se han asumido varianzas iguales	0,001	0,874	101	0,384	-3,924	10,1
	No se han asumido varianzas iguales		0,867	83,7	0,388	-3,991	10,168
<b>POST- OPERATORIO</b>	Se han asumido varianzas iguales	2,085	0,06	98	0,952	-6,5883	6,9981
	No se han asumido varianzas iguales		0,057	71,05	0,955	-6,9536	7,3633
<b>AMBULATORIA</b>	Se han asumido varianzas iguales	0,933	0,098	92	0,922	-8,043	8,882
	No se han asumido varianzas iguales		0,096	89	0,938	-8,159	9,174

➤ **Nivel de cumplimentación de las intervenciones y**

**SEXO**

La tasa de adherencia en la Fase Preoperatoria ha sido del 20.78% en hombres (n=51) y del 21.35% en mujeres (n= 52).

En la Fase Postoperatoria ligeramente mayor en las mujeres con un 76.43% (n= 50) y un 74.43% (n=50) en hombres.

En la Fase Ambulatoria es ligeramente inferior su cumplimentación en ambos sexos, con un 73.91 % en mujeres (n=46) y en hombres un 74.31% (n=48).

Se procede a la realización de la prueba t de Student para comprobar si existen diferencias en la cumplimentación por Fases según el sexo, observándose que no existen diferencias significativas en la puntuación de los mismos (Tabla: 22).

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

**Tabla 22.Tasa de Cumplimentación y Sexo**

Tasa CUMPLIMIENTO SEXO		F	t	gL	Sig (bilateral)	IC 95%	
<b>Tasa cumplimiento (%) FASES</b>	Prueba T para la igualdad de medias					Superior	Inferior
<b>PREOPERATORIO</b>	Se han asumido varianzas iguales	0,598	-0,2	101	0,872	-7,452	6,329
	No se han asumido varianzas iguales		-0,2	99,28	0,872	-7,443	6,32
<b>POST OPERATORIO</b>	Se han asumido varianzas iguales	0,704	-0,5	98	0,608	-8,402	4,944
	No se han asumido varianzas iguales		-0,5	97,94	0,608	-8,402	4,944
<b>AMBULATORIA</b>	Se han asumido varianzas iguales	0,089	0,09	92	0,926	-7,949	8,734
	No se han asumido varianzas iguales		0,09	91,81	0,926	-7,949	8,734

➤ **Nivel de cumplimentación de las intervenciones y  
NIVEL DE ESTUDIOS**

Dado que la variable Nivel de Estudios presenta cuatro categorías de respuesta, y se puede asumir homogeneidad de varianzas en las variables estudiadas, se agrupan en "sin estudios - estudios primarios" y "estudios secundarios-universitarios".

La tasa cumplimiento (%) en Fase PRE, "sin estudios-Primarios" es de 21.27% (n=63) sensiblemente inferior a la de los pacientes con estudios Secundarios-Universitarios" 21.89%(n =37).

En la fase Post la Tasa cumplimiento es del 76.58% en pacientes con un nivel de estudios Primarios-Sin estudios (n=62) y del 72.63% en los pacientes que presentan un nivel estudios Secundarios-Universitarios (n=36).

En la Fase Ambulatoria la Tasa cumplimiento (%) en pacientes sin estudios-Primarios es del 76.13% (n=59) y estudios Secundarios-Universitarios del 73,48% (n=33). No se observan diferencias significativas entre los diferentes niveles de estudios (Tabla: 23).

**Tabla 23. Tasa de Cumplimentación y Nivel de Estudios**

TASA DE CUMPLIMENTACION NIVEL DE ESTUDIOS		F	t	gl	Sig. (bilateral)	IC 95%	
<b>Tasa cumplimiento (%) Nivel de Estudios</b>						Superior	Inferior
Fase PREOPERATORIA	Se han asumido varianzas iguales	0,263	-0,17	98	0,866	-7,893	6,649
	No se han asumido varianzas iguales		-0,16	65,8	0,871	-8,268	7,024
Fase POSTOPERATORIA	Se han asumido varianzas iguales	0,756	1,12	96	0,267	-3,067	10,953
	No se han asumido varianzas iguales		1,07	64,1	0,289	-3,421	11,307
Fase AMBULATORIA	Se han asumido varianzas iguales	1,508	0,65	90	0,519	-5,472	10,762
	No se han asumido varianzas iguales		0,68	77,4	0,496	-5,059	10,349

➤ **Nivel de cumplimentación de las intervenciones y  
CUIDADOR PRINCIPAL**

En relación a la presencia e identificación del cuidador se identifica una tasa de cumplimiento (%) en Fase PRE cuando es identificado el cuidador del 22.17% (n=83) mientras que en la Ambulatoria esta tasa aumenta al 76.21% (n=76) ligeramente mayor sin llegar a ser significativo.

Pero podemos ver como es en la Fase Postoperatoria cuando hay una mayor tasa de adherencia las intervenciones enfermeras, con un 78.56% (n= 81), encontrándose además diferencias significativas ( $p < 0,001$ ).

Estos resultados de adherencia cuando se realiza la identificación del cuidador como persona responsable del paciente, aumentan la realización de intervenciones enfermeras por ser el postoperatorio el lugar y momento del inicio de la nueva situación, colostomía, y se hace participe al cuidador de la educación en el proceso (Tabla: 24).

**Tabla 24. Tasa de Cumplimentación y Cuidador principal**

Tasa de cumplimentación / vs identificación del Cuidador principal								
Tasa cumplimiento (%)			N	Media	Desviación Típ		Inferior	Superior
Fase PREOPERATORIA	Se han asumido varianzas iguales	No	20	16,50%	10,4	0,196	-14,307	2,969
	No se han asumido varianzas iguales	Si	83	22,17%	18,74	0,074	-11,897	0,559
Fase POSTOPERATORIO	Se han asumido varianzas iguales	No	19	61,40%	16,71	<b>&lt;0,001 *</b>	-24,944	-9,360
	No se han asumido varianzas iguales	Si	81	78,56%	15,09	0	-25,767	-8,538
Fase AMBULATORIO	Se han asumido varianzas iguales	No	18	65,28%	27,3	0,039	-21,281	-0,575
	No se han asumido varianzas iguales	Si	76	76,21%	17,78	0,121	-24,987	3,13
<b>*p&lt; 0,001</b>								



➤ **Nivel de cumplimentación de las intervenciones y  
TIPO DE INTERVENCIÓN**

En cuanto a la variable tipo de intervención realizada, la tasa de cumplimiento en la Fase Pre para aquellos pacientes a los que se les realizó como enterostomía tipo colostomías fue del 21.16% (n=69) y con una ileostomía 20.88% (n=34) y en ambos casos no presentan ningún resultado significativo:

En la Fase Postoperatoria en el 75.63 % de los pacientes con colostomía se realizaron las intervenciones (n= 68) y en pacientes con ileostomía, ligeramente inferior el 74.58% (n= 32) de tasa de cumplimiento. Aun siendo el resultado de adherencia algo superior en esta fase que en la preoperatoria los resultados no han llegado a ser significativos.

En la Fase Ambulatoria hemos encontrado una adherencia del 76.06% (n=63) en aquellos pacientes a los que se les realizó una colostomía y en los que se realizaron una ileostomía (n=31) la tasa de adherencia ha sido del 70.16% sin encontrar, tampoco diferencias significativas. La relación por lo tanto del tipo de intervención (colostomía/ileostomía) y la tasa de cumplimentación no muestra resultados estadísticamente significativos (Tabla: 25).

**Tabla 25.Tasa de Cumplimentación y Tipos de ostomía**

Tasa de cumplimentación vs(Colostomía e ileostomía)		ostomía	N	Media	Des Tip	Sig Bilat	ICC 95%	
<b>Tasa de cumplimentación</b>							<b>Superior</b>	<b>Inferior</b>
Fase PREOPERATORIO	Se han asumido varianzas iguales	Colostomía	69	21,16%	18,8	0,94	-7,05	7,604
	No se han asumido varianzas iguales	Ileostomía	34	20,88%	14,8	0,935	-6,505	7,059
Fase POSTOPERATORIO	Se han asumido varianzas iguales	Colostomía	68	75,63%	16,7	0,772	-6,1097	8,2094
	No se han asumido varianzas iguales	Ileostomía	32	74,58%	17,1	0,774	-6,2392	8,339
Fase AMBULATORIO	Se han asumido varianzas iguales	Colostomía	63	76,06%	27,3	0,186	-2,888	14,682
	No se han asumido varianzas	Ileostomía	31	70,16%	17,8	0,172	-2,62	14,414

➤ **Nivel de cumplimentación de las intervenciones y  
PROCEDENCIA DEL PACIENTE**

La procedencia del paciente nos presenta la importancia que tiene el tiempo y el nivel de contacto del paciente con el personal de enfermería para poder realizar las intervenciones necesarias antes de la realización de su cirugía.

En el 13.92 % de los pacientes procedentes de urgencias se realizaron las intervenciones enfermeras en la fase preoperatoria (n=51) y cuando el paciente procede un ingreso programado la tasa de adherencia se duplica llegando al 28.08% (n=52) aunque la tasa de adherencia en ambas procedencias es baja los resultados encontrados han sido significativos ( $p < 0,001$ ), demostrando la importancia que tiene la realización de las intervenciones en el proceso de paciente y su inicio precoz.

En la fase Postoperatoria encontramos en los pacientes procedentes de urgencias una la tasa de adherencia del 69.51% (n=46) y del 80.22% en los pacientes cuyo ingreso fue programado (n=54).

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

En la fase Ambulatoria los pacientes procedentes de urgencias han presentado una tasa de adherencia del 68.99% (n=43) y en los ingresos programados es algo más alta 78.73% (n=51).

En ambas fases encontramos resultados significativos, ( $p < 0.029$ ) y ( $p < 0,001$ ) respectivamente, con mayor tasa de adherencia cuando el ingreso del paciente se realiza de forma es programa, que cuando ingresa procedente de urgencias (Tabla.26).

Esto nos indica como las intervenciones enfermeras desde su inicio son necesarias para garantizar el mejor cuidado y mejorar la adherencia a educación y a habilidades del paciente, necesarias en las fase posteriores.

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

**Tabla 26. Tasa Cumplimentación vs Procedencia paciente**

Procedencia (Programada ó Urgente)		N	Media %	Desv. Típ.	Sig. (bilateral)	IC95%	
Fase PREOPERATORIO	Programada	52	28,08	19,7	0	7,85	20,45
	Urgente	51	13,92	11,32	<b>&lt;0,001*</b>	7,86	20,44
Fase POSTOPERATORIO	Programada	54	80,22	14,6	0,001	4,35	17,05
	Urgente	46	69,51	17,4	<b>&lt;0,001*</b>	4,25	17,15
Fase AMBULATORIO	Programada	51	78,43	15,82	0,024	1,3	17,57
	Urgente	43	68,99	23,66	<b>&lt;0,029*</b>	0,99	17,88
<b>*p&lt; 0,001</b>							

➤ **Nivel de cumplimentación de las intervenciones y  
CAUSA DE LA COLOSTOMIA**

La causa que ha generado la realización de la colostomía también tiene relación con la tasa de adherencia a las intervenciones enfermeras.

Para la variable "*causa de la colostomía*" la tasa a las intervenciones enfermeras ha resultado tener una baja adherencia en aquellas que se realizan en la fase Preoperatoria con un 22.34% cuando la causa es tumoral (n= 77) y de una 17.31% en el resto de causas (inflamatorias, traumáticas, etc...) (n=26), no identificándose resultados significativos.

Sin embargo es en la fase postoperatoria cuando la adherencia a la realización de las intervenciones es más alta, con un 78.14% cuando el origen de la colostomía es Tumoral (n=74) y de una 67.18% en el resto de causas (n=26). Estos los resultados sí han sido significativos lo que nos puede indicar que el origen de la colostomía y su pronóstico al ser tumoral provoca una mayor conciencia e interés en el personal en la realización de intervenciones que mejoren la adherencia al manejo de la misma.

Para la fase Ambulatoria la tasa de cumplimentación no identifica resultados significativos, aun siendo su adherencia buena en ambas

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMÍA PERMANENTE"**

*Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez*

situaciones, tumoral 75.25% (n= 68) y Resto de causas 71.15% (n =26) (Tabla: 27).

**Tabla 27: Tasa Cumplimentación vs Causa de Colostomía**

Tasa de cumplimentación y causa de la colostomía			N	Media	Desv. típ.	Sig. (bilateral)	Sup	Inf
Tasa cumplimiento (%) en Fase PRE	Se han asumido varianzas iguales	Tumoral	77	22,34%	19,05	0,208	-2,83	12,89
	No se han asumido varianzas iguales	Resto de causas	26	17,31%	11,5	0,113	-1,21	11,27
Tasa Cumplimiento (%) en Fase POST	Se han asumido varianzas iguales	Tumoral	74	78,14%	15,04	<b>&lt;0,004*</b>	3,66	18,25
	No se han asumido varianzas iguales	Resto de causas	26	67,18%	18,9	0,011	2,64	19,26
Tasa cumplimiento (%) Fase AMBULATORIO	Se han asumido varianzas iguales	Tumoral	68	75,25%	21,4	0,384	-5,19	13,375
	No se han asumido varianzas iguales	Resto de causas	26	71,15%	16,87	0,335	-4,32	12,511
<b>*p&lt; 0,001</b>								

### **10.3.2 Calidad De Vida del paciente con Colostomía**

Para evaluar la calidad de vida, el número de pacientes con colostomía permanente a los cuales se les realizó el cuestionario de calidad de vida STOMA-QOL fue de 74 pacientes y perdidos 31 pacientes. Los perdidos ( $n = 31$ ) fueron por dificultades para realizar el cuestionario telefónicamente, negativa a realizar el cuestionario y no ser posible contactar con el paciente.

El instrumento utilizado para evaluar el bienestar y salud percibida por los pacientes entrevistados, el STOMA QOL, Cuestionario validado y traducido a 16 idiomas. Es un conjunto de 20 ítems, que tratan temas como son el sueño, la actividad sexual, las relaciones personales y las relaciones sociales. Ha mostrado para nuestra población de estudio y la totalidad de los ítems, una buena consistencia interna ( $\alpha$  de Crombach de 0.861). Tras el análisis factorial confirmatorio, los ítems han saturado claramente en dos factores, a los que pasamos a denominar por las características de los factores, Personal y Social. El factor Personal engloba los ítems relacionados con el estoma y los dispositivos de cuidado, el descanso, el área sexual y el factor social los ítems relacionados con las relaciones con la familia, pareja y amigos. El Análisis Factorial Confirmatorio, nos indica que dos



ítems (uno por factor) no saturaban correctamente y el modelado de ecuaciones estructurales nos ha sugerido su eliminación.

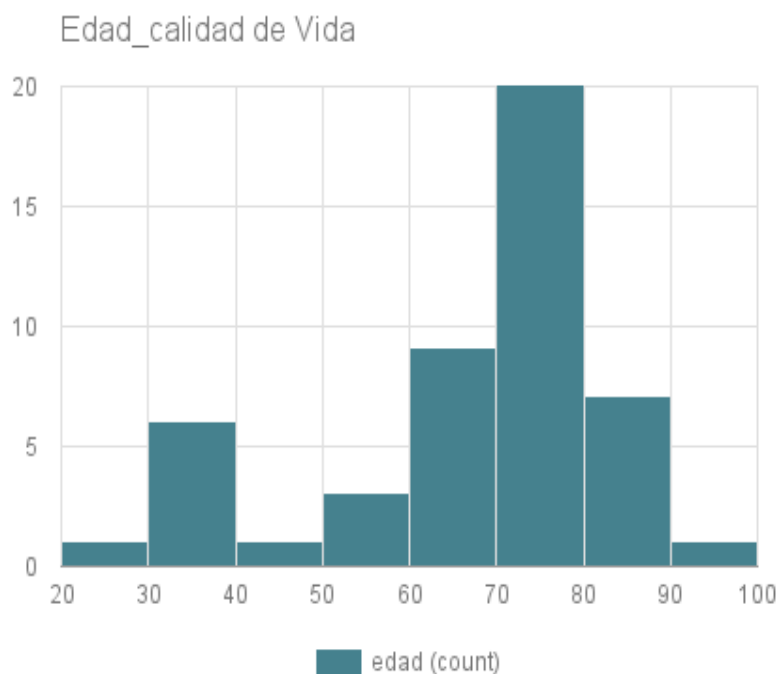
La puntuación media obtenida tras aplicar el cuestionario ha sido de (n=74 70,69% ), el análisis descriptivo de la calidad de vida nos presenta que el promedio de las puntuaciones obtenido con el cuestionario calidad de vida STOMA -QOL fueron, moderada calidad de vida (31-70), 36,2% (n = 38) y Buena calidad de vida (71-100) 34,3% (n=36), (Tabla :28) no se han obtenido puntuaciones en el rango (0-30) de sería mala calidad de vida recordando que las puntuaciones del cuestionario van en puntuaciones de 20 a 80 en rango comprendidos (0-30) mala calidad de vida, (31-70) moderada calidad de vida y (71-100 ). Con los resultados que hemos obtenido se puede afirmar que la calidad de vida es moderada/ buena un año después de la realización de la colostomía.

**Tabla 28. Calidad de vida y Cuestionario Stoma -Qol**

CALIDAD DE VIDA -STOMA-QOL			
	Pat. colostomía (n=105)		
	N	%	% acumulado
Moderada calidad de vida (31-70)	38	36,2	51,4
Buena calidad de vida (71-100)	36	34,3	100
Perdidos	31		
Total	105		

La edad media de los pacientes a los que se evaluó la calidad de vida fue 66,9 años (DE: 14,22) con un mínimo de 23 años y el máximo de 93 años.

**Figura 8. Edad \_ Calidad de Vida**



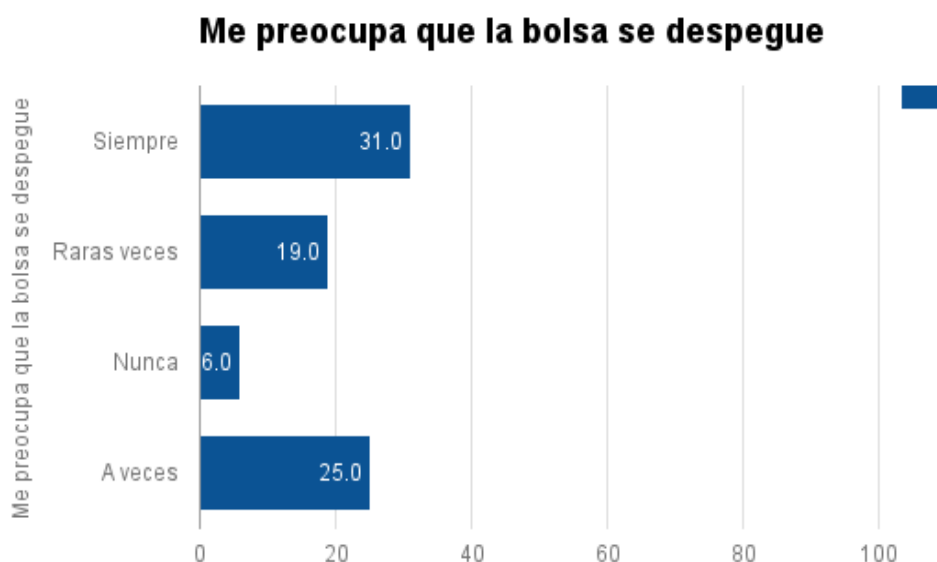
En el análisis general y observando el instrumento por dimensiones exploradas en el cuestionario STOMA-QOL con 4 niveles de afectación (Siempre, A veces, Nunca y Raramente), se pudo comprobar que las esferas más afectadas son las relacionadas con el manejo del dispositivo(Figura:9) y con las incidencias que en sus

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

cambios e inseguridad por las fugas: "Me pongo nervioso cuando la bolsa se llena " (36%= A veces ), "Me preocupa el olor (34% = A veces), " Me preocupan los ruidos "(33% =A veces), " Me limita la ropa " (36% = A veces) está asociado a la pérdida de su continencia fecal y los problemas relacionados con el volumen y el olor de las heces, los gases

**Figura 9.Manejo del dispositivo**

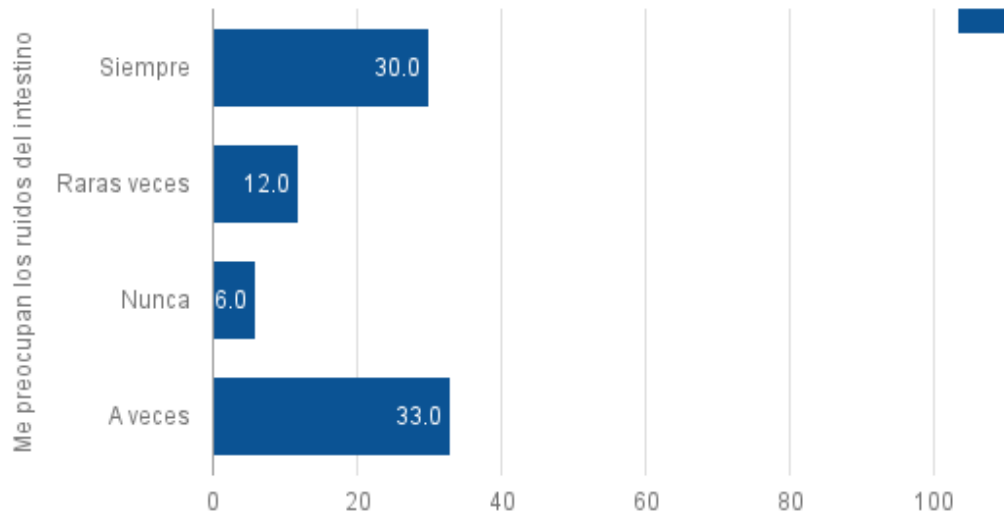




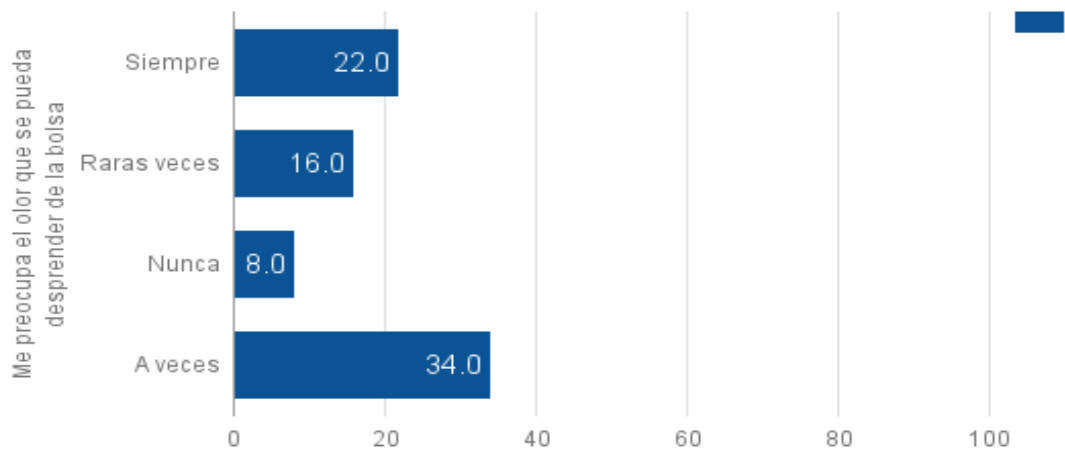
**Figura 10. Inseguridad por el dispositivo**



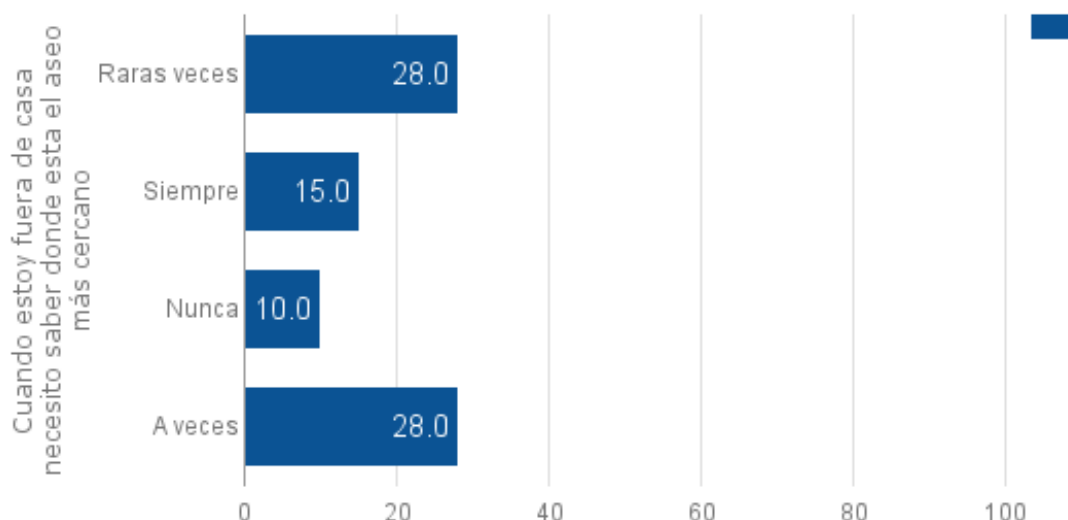
### **Recuento de Me preocupan los ruidos del intestino**



### **Me preocupa el olor que se pueda desprender de la bolsa**



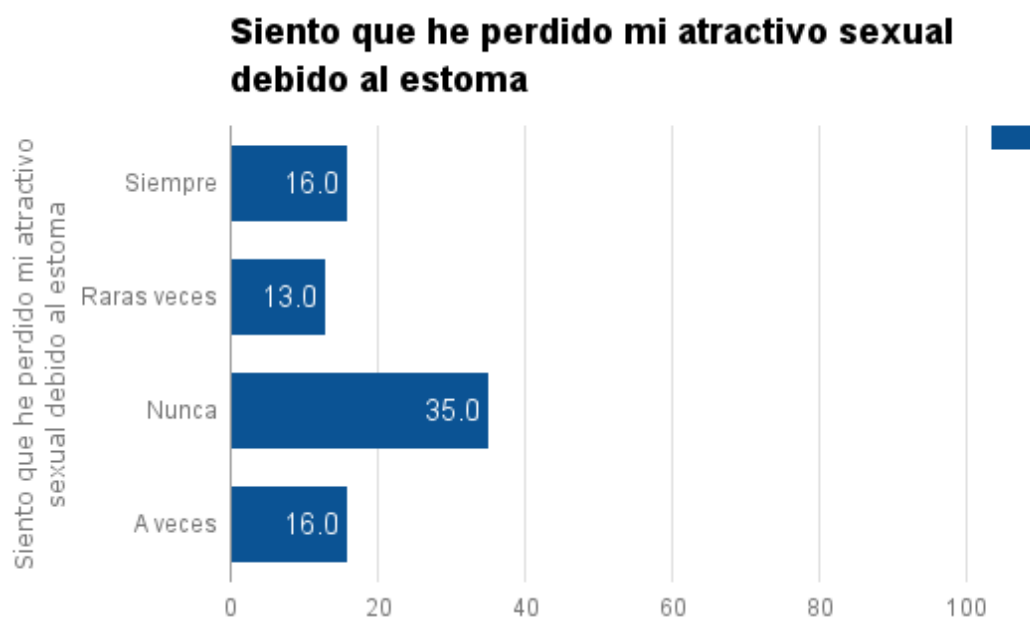
**Cuando estoy fuera de casa necesito saber donde esta el aseo más cercano**



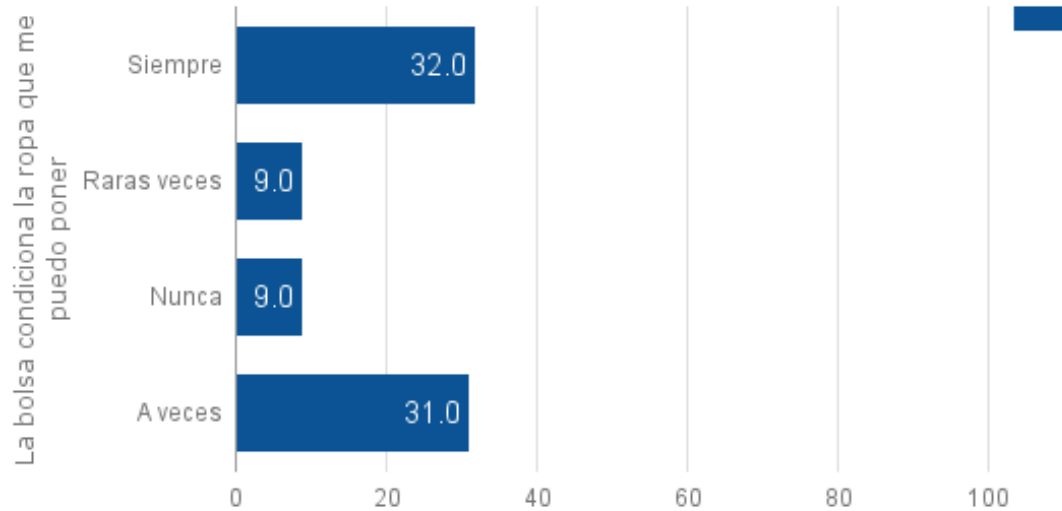
Los elementos relacionadas con la percepción de su imagen corporal, se relaciona con las preguntas: "siento que he perdido mi atractivo sexual " (Siempre = 16% ), " Me disgusta mi cuerpo"(Siempre= 11% ) y las relaciones sociales con preguntas: "Evito el contacto con amigos" (Siempre = 4% y A veces = 26%), se van afectadas aunque no llegando a modificar su calidad de vida, pero si generando una modificación en su rol social, laboral y de ocio. Este trastorno de la imagen corporal como consecuencia de la apertura del estoma en la pared abdominal genera y nueva adaptación de la ropa debido a la bolsa recolectora y una nueva forma de planificar y desarrollar el ocio y el deporte.

Además el trastorno de su imagen corporal, conlleva un déficit de autoestima, que puede desencadenar alteraciones personales, en la relación de pareja, y por supuesto en sus relaciones sexuales como se puede observar en el 16% de los pacientes que manifiesta que han perdido su atractivo sexual.

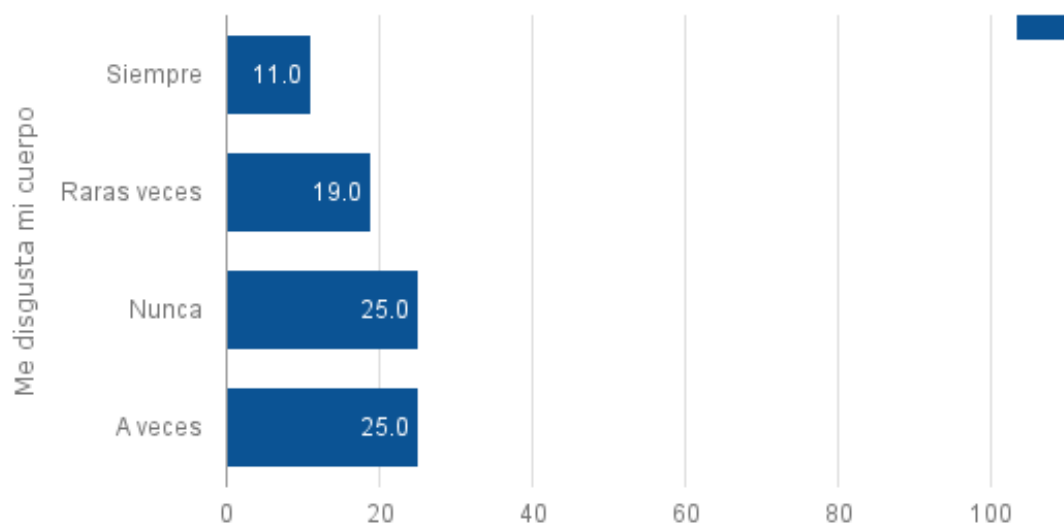
**Figura 11. Imagen Corporal**



### **La bolsa condiciona la ropa que me puedo poner**

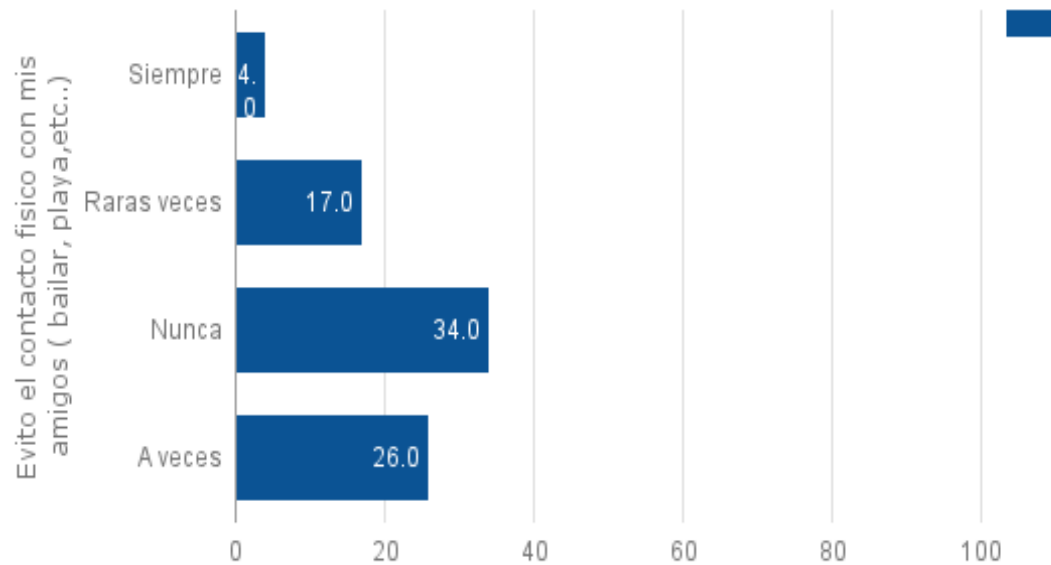


### **Me disgusta mi cuerpo**

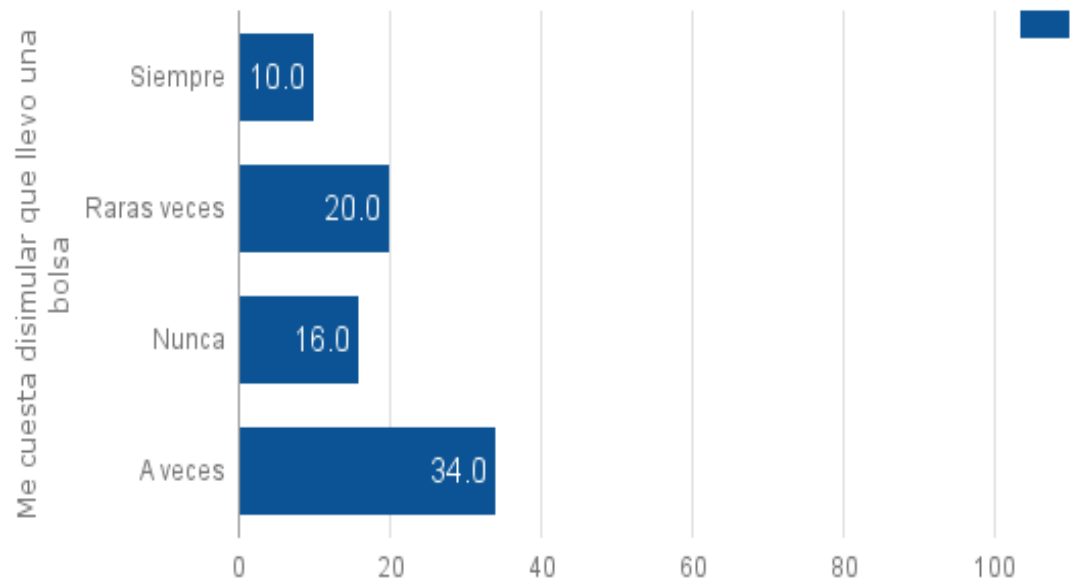




**Evito el contacto físico con mis amigos ( bailar, playa,etc..)**



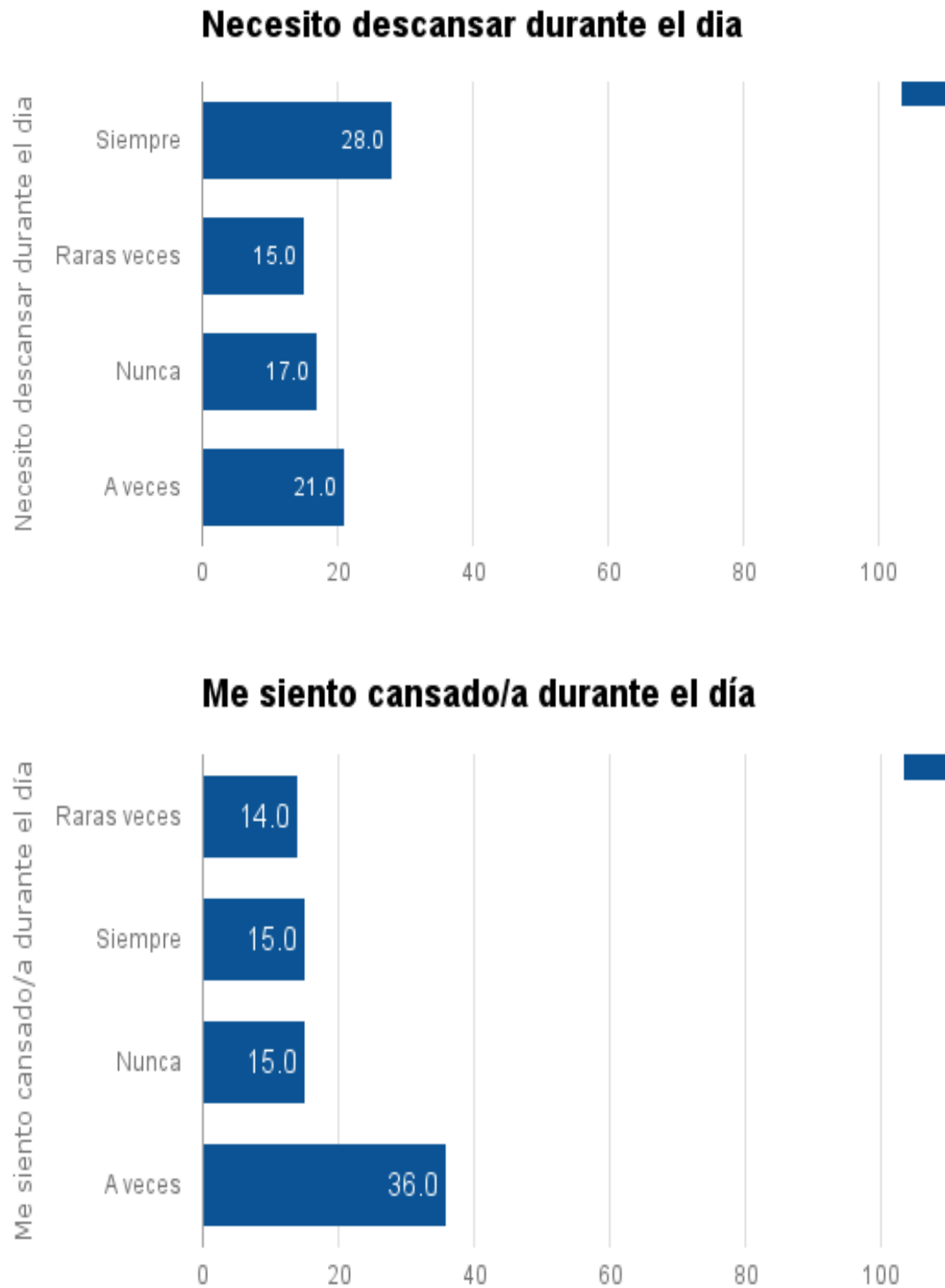
**Me cuesta disimular que llevo una bolsa**



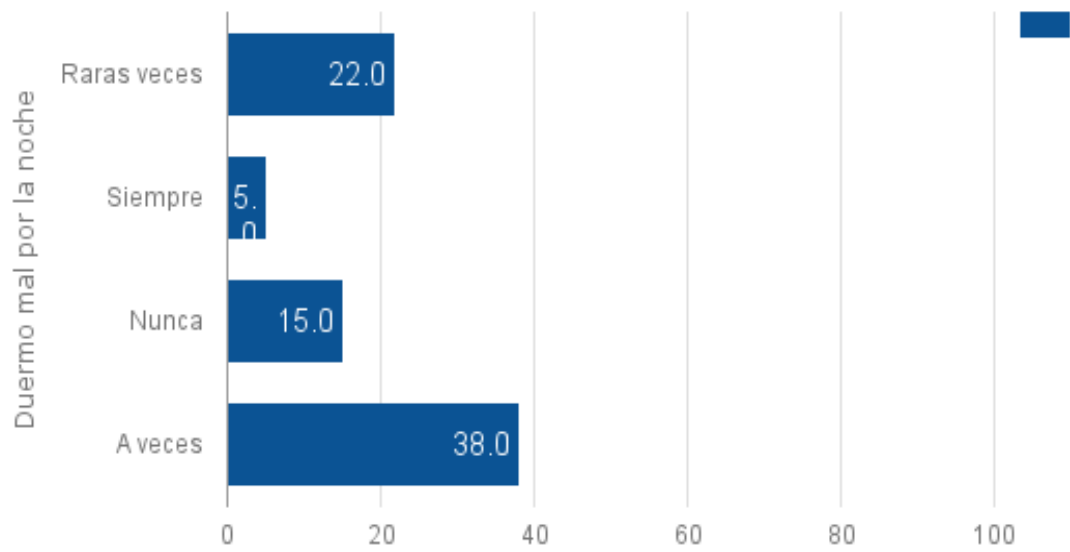


Las ELEMENTOS que menos afectados en el rango de puntuación son los relacionadas con el descanso. Se ven manifestadas en las preguntas: "Necesito descansar por el día" (Siempre =28% ), "Me siento cansado por el día (Siempre = 15 %) pero aun siendo las menos afectadas, sí que se encuentra que el patrón del sueño esta alterado, la pregunta "Me cuesta trabajo dormir por la noche" (A veces =38% ), manifiesta que esta alteración está asociada con la adaptación personal y afrontamiento que genera miedo o temor provocado por las propias complicaciones del estoma y por la recidiva del proceso oncológico.

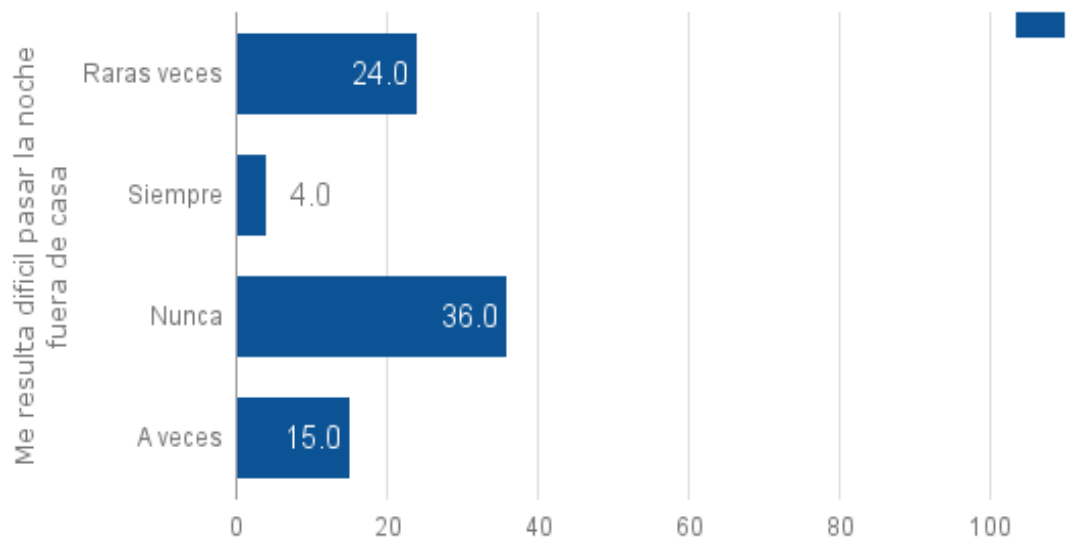
**Figura 12. Sueño y Descanso**



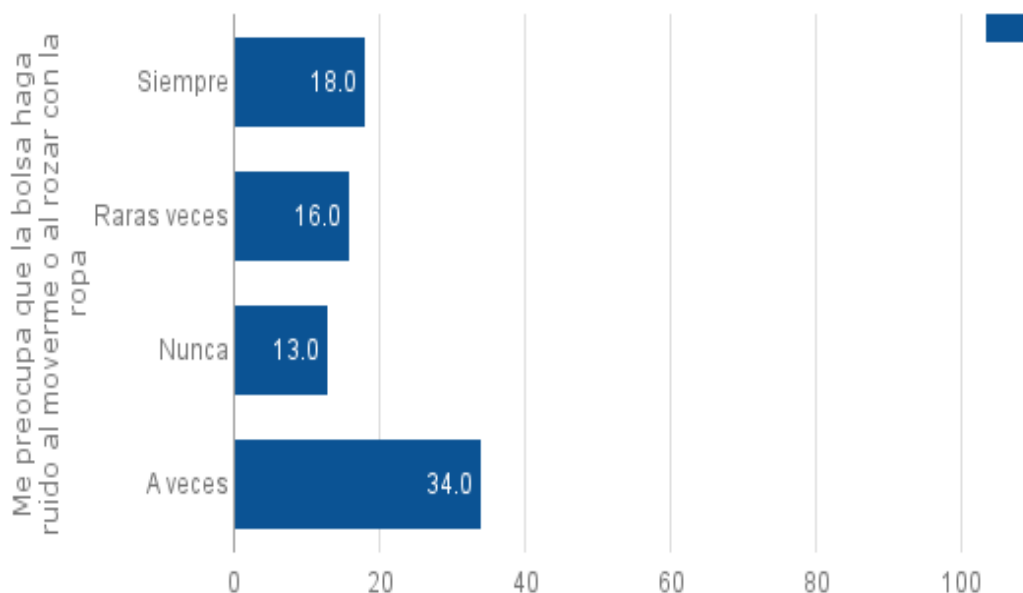
### **Duermo mal por la noche**



### **Me resulta difícil pasar la noche fuera de casa**



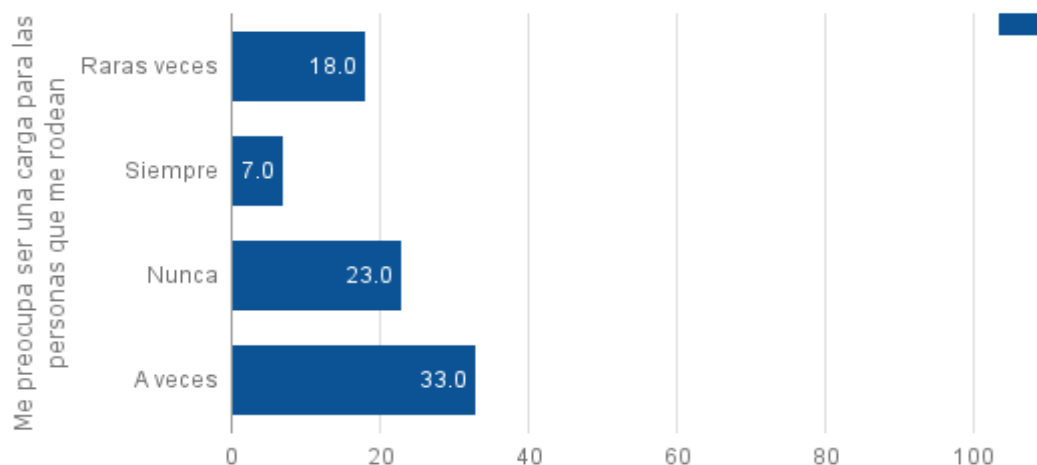
**Me preocupa que la bolsa haga ruido al moverme o al rozar con la ropa**



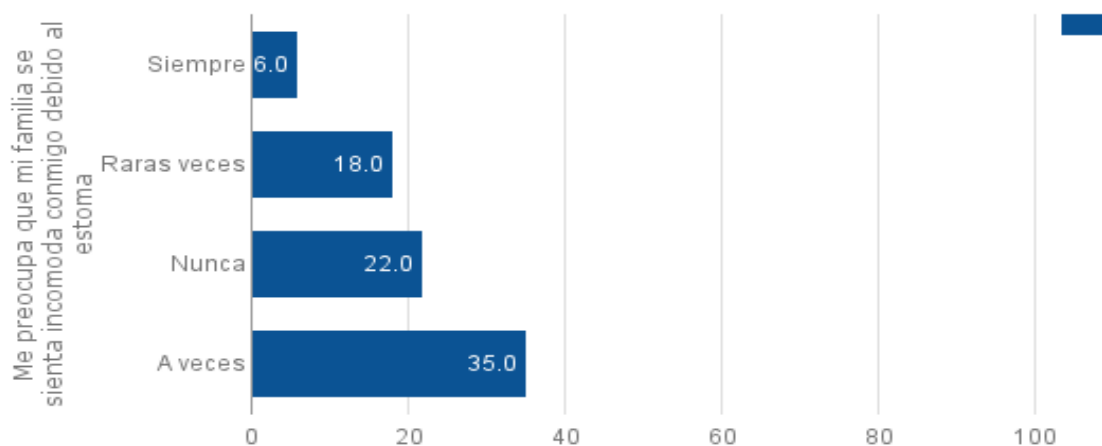
La función social y familiar se explora con las preguntas “Me preocupa ser una carga para las personas que me rodean “(Siempre 7% y A veces =33%) y con “Me preocupa que mi familia se sienta incomoda conmigo por el estoma” (Siempre =6% y A veces= 35%) nos demuestra que la función social se afectó en un pequeño porcentaje de pacientes, sin embargo, no deterioró las relaciones familiares

**Figura 13. Función Social y Familiar**

**Me preocupa ser una carga para las personas que me rodean**



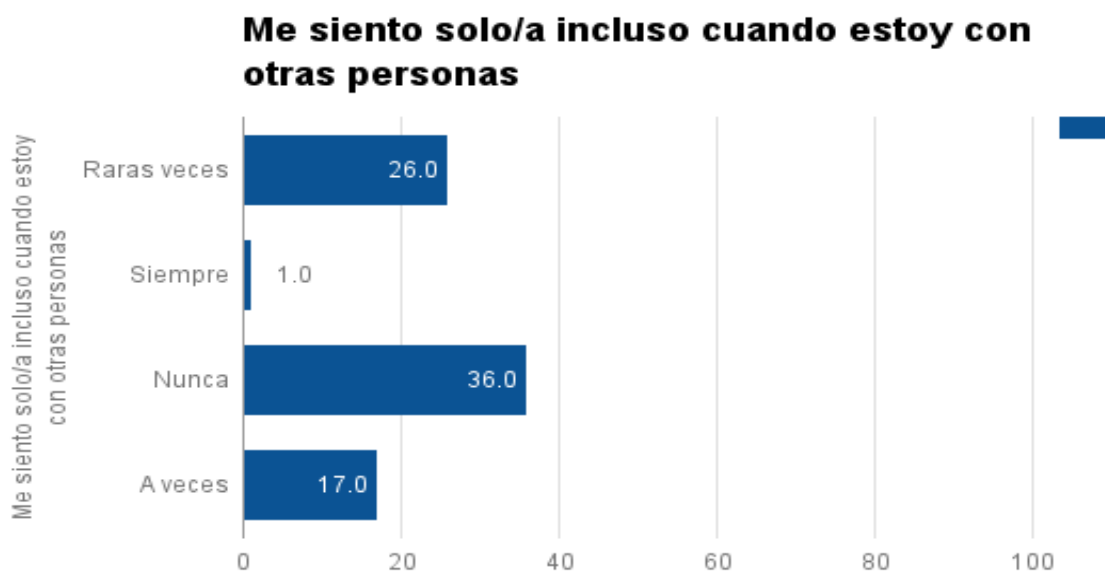
**Me preocupa que mi familia se sienta incomoda conmigo debido al estoma**

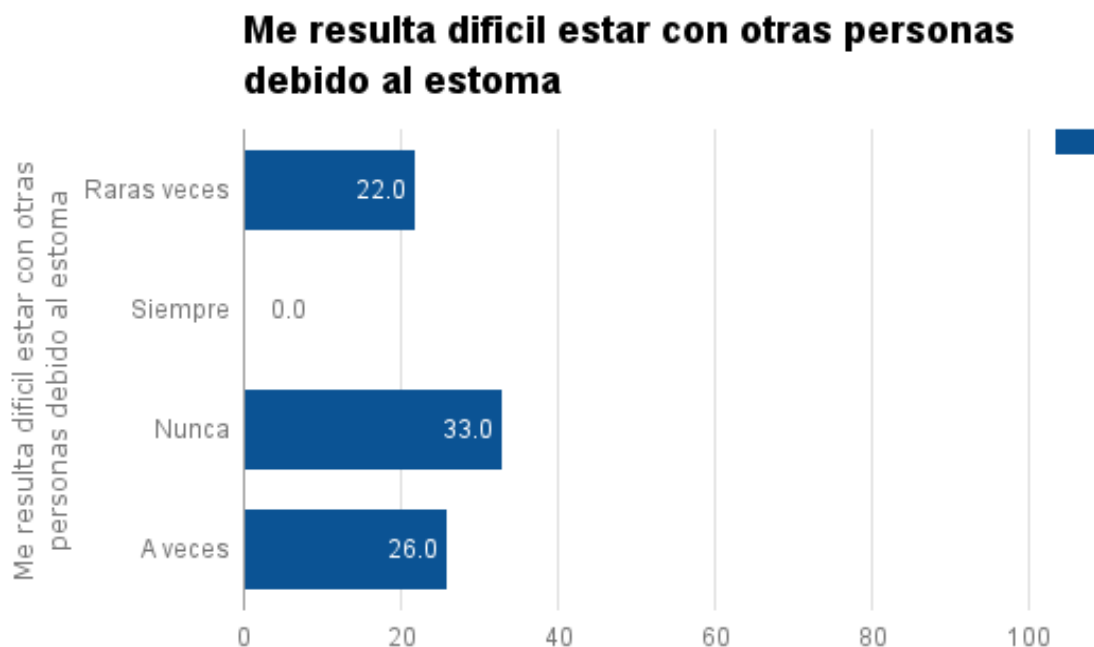


Respecto al ámbito emocional, y la salud mental el grupo estudiado expresó que se había modificado el tiempo que dedicaba a su trabajo y que sus sentimientos en ocasiones se veían afectados por nerviosismo y mal estado de ánimo por no poder hacer lo que hacía antes. Las preguntas que exploran los sentimientos "Me siento solo cuando estoy con personas" (Siempre 1% y A veces =17%) demuestra que aunque no llega a modificar la calidad de vida sí que genera sentimientos de soledad y tristeza en ocasiones.

De igual forma la pregunta: "Me resulta difícil estar con otras personas debido al estoma" (A veces= 26%) manifiesta que aunque no genera una mala la calidad de vida, la esfera emocional se ve alterada y las relaciones personales limitándolas o modificándolas.

**Figura 14.Ámbito Emocional**





### ➤ **Calidad de vida y variables sociodemográficas**

Al analizar el sexo, se observó que no influye en las puntuaciones obtenidas en la calidad de vida ( Hombre n = 17 ,moderada calidad de vida :50,0% ) buena calidad de vida n=17 50% ) Mujer n=21, moderada calidad de vida : 52,5%) buena calidad de vida n=19 47,5% .

La edad del paciente, sí presenta modificaciones en las puntuaciones de la calidad de vida, siendo significativo el resultado en el grupo a estudio, a mayor edad, mayor calidad de vida percibida por el paciente(  $p < 0,003$  según la tabla .



**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

El nivel de estudios del paciente, sí, genera diferencias significativas en las puntuaciones de la calidad de vida  $p<0,011$ , los pacientes sin estudios-Primarios obtienen mejores puntuaciones (buena calidad de vida  $n=27$  58,7%) que las que obtienen con mayor nivel de estudios (buena calidad de vida  $n=6$  24,0%)

La Identificación del cuidador principal modifica ligeramente las puntuaciones obtenidas en la calidad de vida, sin llegar a ser significativo. En la intervención "No se identifica al cuidador principal" ( $n=6$  moderada calidad de vida 46,2 % y  $n=7$  buena calidad de vida 53,8%) y Si se identifica al cuidador principal ( $n=32$  moderada calidad de vida 52,5%) ( $n=29$  buena calidad de vida 47,5%). (Tabla:29)

En el estado civil (soltero, casado, separado, viudo) no se identifica relación con las puntuaciones de calidad de vida (moderada calidad de vida 48,8% y buena calidad de vida 51,2%) al igual que la causa (tumoral vs no tumoral) por la cual se realiza la enterostomía (moderada calidad de vida= 51,2% y buena calidad de vida= 48,6%) no presenta diferencias significativas con la calidad de vida. La procedencia del paciente (urgente o programado) tampoco presenta modificaciones significativas en la calidad de vida (moderada calidad de vida = 51,4 % y buena calidad de vida = 48,6%). (Tabla:29)

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

**Tabla 29. Variables sociodemográficos y calidad de vida**

Variables sociodemográficas/ clínicas		Moderada calidad de vida (n: 38)	Buena calidad de vida (n=36)	(sig bilateral) P
<b>SEXO</b>	Hombre	50%	50%	P<1,000
	Mujer	52,5%	47,5%	
<b>EDAD</b>		60,1 (DE: 14,7	70,4 (DE: 14)	<b>P&lt;0,003</b>
<b>NIVEL DE ESTUDIOS</b>	Sin estudios- Primarios	41,3%	58,7%	<b>p&lt;0,011</b>
	Secundarios/ Universitarios	76,0%,	24,0%	
<b>IDENTIFICACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL</b>	NO Cuidador	46,2 %	53,8%	P<0,914
	Si Cuidador	52.5%	47,5%	
<b>ESTADO CIVIL</b> (SOLTERO , CASADO , SEPARADO, VIUDO )		48,8%	51,2%	p<0,222
<b>CAUSA</b> (TUMORAL VS NO TUMORAL)		51,2%	48,6%	p<0,218
<b>PROCEDENCIA DEL PACIENTE</b> (URGENTE O PROGRAMADO)		51,4 %	48,6%	p<0,360

### **10.3.3 Calidad de Vida e Intervenciones Enfermeras**

Se realiza el análisis de los resultados en cuanto a tasa de cumplimiento de las intervenciones enfermeras según la guía (RNAO) y como se ve modificada la calidad de vida para ello se realiza distribución de frecuencias mediante prueba de chi –cuadrado para las variables independientes. En ella se refleja la fuerza de la asociación de cada variable, mediante la prueba de Chi cuadrado y la calidad de vida.

Las intervenciones enfermeras realizadas al paciente en las fases Preoperatoria, postoperatoria ,ambulatoria y su relación con la calidad de vida nos presentan resultados no significativos en la modificación de la calidad de vida pero si se observa, cuando , es mayor el cumplimiento de la intervención así como es apreciable mayor la puntuación en la calidad de vida.

#### **➤ Fase Preoperatoria Y Calidad De Vida**

La intervención enfermera en la Fase preoperatoria que más relación tiene con la Moderada / buena calidad de vida es: "**Se ha realizado marcaje del estoma antes de la cirugía**" que genera en un 72,7% puntuaciones de moderada calidad de vida y "**Existe constancia en la historia del impacto de la ostomía en las**

**relaciones íntimas y la función sexual"** del paciente y a su pareja que de igual forma genera puntuaciones en un 100% de moderada calidad de vida sin llegar a ser sus resultados significativos .

Las intervenciones enfermeras en preoperatorio relacionadas con la educación al paciente ( 70,6 %) y a la familia ( 66,7%) también generan puntuaciones de moderada calidad de vida y son las intervenciones que evalúan aspectos económicos y funcionales (capacidades cognitivas y psicomotoras ,destreza, vista o audición) las que generan puntuaciones de moderada calidad de vida en el( 66,7 %).La evaluación de los aspectos culturales y espirituales también genera en el (63,6 %) de puntuaciones de moderada calidad de vida.

Las intervenciones que generan Buena calidad de vida más eficaces son :el marcaje del estoma antes de la cirugía en un ( 52,4 % )y la evaluación en la historia del impacto de la ostomía en las relaciones íntimas y la función sexual del paciente y a su pareja en el( 100% ), sin ser ambos resultados significativos.(Tabla:30)

**Tabla 30.Fase preoperatoria y Calidad de Vida**

<b>FASE PREOPERATORIA</b>	<b>Moderada calidad de vida (N= 38)</b>		<b>Buena calidad de vida (N=34)</b>		<b>P</b>
Se realiza valoración necesidades de enfermería mediante herramienta validada	NO	50,7%	NO	42,9%	1,000
	SI	57,1%	SI	49,3%	
Se evalúan aspectos económicos	NO	50,7%	NO	49,3%	1,000
	SI	66,7%	SI	33,3%	
Se evalúan aspectos funcional (capacidades cognitivas y psicomotoras)	NO	48,4%	NO	51,6%	,399
	SI	66,7%	SI	33,3%	
Se realiza formación preoperatoria al paciente y a su familia	NO	43,5%	NO	56,5%	,134
	SI	64,3%	SI	35,7%	
Existe constancia en la historia clínica de haber informado al paciente sobre "Qué es una colostomía	NO	46,4%	NO	53,6%	,142
	SI	70,6%	SI	29,4%	

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS**

**SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

*Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez*

Existencia en la historia clínica de haber informado a la familia /cuidador sobre la colostomía	NO	47,5%	NO	52,5%	,298
	SI	66,7	SI	33,3%	
Se ha realizado marcaje del estoma antes de la cirugía	NO	47,6%	NO	27,3%	,226
	SI	72,7%	SI	52,4%	
Existe constancia en la historia del impacto de la ostomía en las relaciones íntimas y la función sexual del paciente y a su pareja	NO	50,0%	NO	50,0%	,498
	SI	100,0%	SI	100,0%	
Se ofrece una terapia de relajación muscular a los pacientes sometidos a una cirugía de ostomía	NO	50,7%	NO	25,0%	,667
	SI	71,0%	SI	49,3%	
Se evalúan aspectos culturales y espirituales	NO	49,2%	NO	50,8%	,578
	SI	63,6%	SI	36,4%	

➤ **Fase Postoperatoria Y Calidad De Vida**

La intervención de enfermería en la fase postoperatoria que más relación tiene con la Moderada / Buena calidad de vida es *"Existencia en la historia con una herramienta de clasificación validada las posibles complicaciones"* la cual se realiza en un 69.2% obteniendo puntuaciones de moderada calidad de vida, sin embargo con una adherencia del 30,8% se han obtenido mejores puntuaciones de calidad de vida, esto implicaría pensar que ciertas intervenciones enfermeras son efectivas en la evolución de la enfermedad pero no directamente en la calidad de vida al año de permanencia de la colostomía.

La intervención *"Se identifican los factores que generan complicaciones en la colostomía"* en el 57.1%, genera puntuaciones de moderada calidad de vida y con un 42.9 % de adherencia obtiene puntuaciones de Buena Calidad de Vida sin llegar a ser sus resultados significativos.

Las intervenciones enfermeras realizadas en el postoperatorio relacionadas con la *"evaluación nutricional"* (55.7 %) y *"manejo nutricional"* (56.1%) también generan puntuaciones de moderada calidad de vida.

La intervención con menor adherencia es la conciliación del tratamiento que se realiza en el 46.3%, siendo sus puntuaciones de

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

moderada calidad de vida, al contrario que en la Buena calidad de vida esta intervención, es la de mayor adherencia con el 53.7%.

Identificar si el paciente está acompañado por la familia y las intervenciones relacionadas con la educación / enseñanza al paciente sobre cambio de bolsa o dispositivos (cronograma educativo) con una adherencia superior al 51.2%, obtienen puntuaciones de Moderada calidad de vida y con una adherencia algo inferior para la Buena Calidad de vida 46,8%.

Las intervenciones que generan Buena calidad de vida más eficaces son: *"realización del plan de cuidados (Metodología)"* en un 46.3% y en el 46.8% se realiza la *"evaluación del estoma inmediatamente después de la operación"*, ambas generan puntuaciones de buena calidad de Vida, sin ser ambos resultados significativos (Tabla: 31).



**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

*Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez*

**Tabla 31.Fase postoperatoria y Calidad de Vida**

<b>FASE POSTOPERATORIA</b>	<b>Moderada calidad de vida (N = 37 )</b>		<b>Buena calidad de Vida (N=35)</b>		<b>P</b>
Hay constancia en la historia de que se evalúa el estoma inmediatamente después de la operación	No	52,2%	NO	47,8%	1,000
	SI	53,2%	SI	46,8%	
Existe constancia en la historia de evaluación estado del estoma y de la piel periestomal con cada cambio del dispositivo de ostomía	NO	43,8%	NO	56,3%	,537
	SI	56,6%	SI	43,4%	
Existencia en la historia con una herramienta de clasificación validada las posibles complicaciones	NO	41,9%	NO	58,1%	,050
	SI	69,2%	SI	30,8%	
Se identifican los factores que generan complicaciones en la colostomía	NO	45,0%	NO	55,0%	,515
	SI	57,1%	SI	42,9%	
Se realiza conciliación de tratamiento	NO	60,7%	NO	39,3%	,353
	SI	46,3%	SI	53,7%	
Se realiza plan de cuidados(Metodología) y continuidad al alta	NO	33,3%	NO	66,7%	, 919
	SI	53,7%	SI	46,3%	

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

Se realiza evaluación nutricional	NO	37,5%	NO	62,5%	,551
	SI	55,7%	SI	44,3%	
El paciente es valorado por la nutricionista	NO	48,3%	NO	51,7%	, 687
	SI	56,1%	SI	43,9%	
Existencia en la historia de estar acompañado por la familia	NO	50,0%	NO	50,0%	1,000
	SI	53,2%	SI	46,8%	
Se realiza educación / enseñanza al paciente sobre cambio de bolsa o dispositivos(cronograma	NO	50,0%	NO	50,0%	1,000
	SI	54,0%	SI	46,0%	

➤ **Fase Ambulatoria Y Calidad De Vida**

La intervención de enfermería en la Fase Ambulatoria que más relación tiene con la Buena calidad de vida es *"Hay constancia en la historia de que se evalúa el estoma inmediatamente después de la operación"* la cual se realiza en un 53.8 % y con un 47 % *"La evaluación del estoma y de la piel periestomal"*.(Tabla:32)

Para las puntuaciones de moderada calidad de vida, la intervención con más adherencia es *"La Valoración de las complicaciones con herramienta validada"* con el 55.9%, esto nos permite intuir la importancia de la identificación de complicaciones y el

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

tratamiento de las mismas mejora la percepción del paciente en su calidad de vida.

**Tabla 32.Fase Ambulatoria y Calidad de Vida**

<b>FASE AMBULATORIA</b>	<b>Moderada calidad de vida (N= 37)</b>		<b>Buena calidad de vida (N=35)</b>		<b>P</b>
Hay constancia en la historia de que se evalúa el estoma inmediatamente después de la operación	NO	72,2%	NO	27,8%	1,000
	SI	46,2%	SI	53,8%	
Existencia en la historia clínica estado del estoma y de la piel periestomal con cada cambio del dispositivo de ostomía	NO	50,0%	NO	50,0%	1,000
	SI	53,0%	SI	47,0%	
Existencia en la historia con una herramienta de clasificación validada las posibles complicaciones.	NO	50,0%	NO	50,0%	,399
	SI	55,9%	SI	44,1%	
Se identifican los factores que generan complicaciones en la colostomía	NO	,0%	NO	100,0%	,134
	SI	55,4%	SI	44,6%	

Agrupadas por fases, presentan mayor porcentaje de puntuaciones con Moderada calidad de vida (75,29%) los pacientes colostomizados en la fase postoperatoria, seguido de la fase ambulatoria (74.11%).(Tabla:33). La menor tasa de adherencia se

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

*Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez*

observa en la fase ambulatoria 21%, pero encontramos que con esta menor adherencia se obtienen mejor resultados en la moderada calidad de vida, esto nos hace pensar en las actividades enfermeras implícitas en su puesto que aportan estrategias para mejorar su autocuidado y el afrontamiento, aunque no están explícitamente identificadas como se describen en las de la guía de practica clinica.

**Tabla 33. Intervenciones por Fases y Calidad de Vida**

Tasa de cumplimiento (%) y calidad de Vida		N	Media	Desv. típ.	Sig. (bilateral)
Tasa cumplimiento (%) en Fase PRE	Moderada calidad de vida (31-70)	38	21%	21,01	<b>,045</b>
	Buena calidad de vida (71-100)	34		14,79	,041
Tasa cumplimiento (%) en Fase POST	Moderada calidad de vida (31-70)	37	75,29%	14,34	,299
	Buena calidad de vida (71-100)	33		17,49	,305
Tasa cumplimiento (%) en Fase AMBULATORIA	Moderada calidad de vida (31-70)	37	74,11%	16,53	,906
	Buena calidad de vida (71-100)	33		22,32	,908

#### **10.3.4 Asociación Comorbilidad y Calidad De Vida**

Para establecer los resultados encontrados entre la comorbilidad del grupo a estudio y la relación existente con su percepción de la calidad de vida mediante el STOMA\_QOL se realiza un análisis bivalente mediante prueba de Chi-cuadrado de Pearson para

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

determinar si la presencia de enfermedades crónicas o de largo recorrido modifica su nivel de calidad de vida.

Se han analizado diferentes comorbilidades asociadas al paciente con colostomía permanente, entre ellas, diabetes ( $p<0,412$ ), cardiopatía ( $p<0,264$ ), presencia de hábito tabáquico ( $p<0,807$ ), pero ninguna de ellas ha obtenido unos resultados significativos en relación con las puntuaciones de la calidad de vida. Solo en la HTA se han obtenido resultados significativos ( $p<0,037$ ), esto puede estar asociado con la edad, que de igual forma es una variable que modifica la percepción de la calidad de vida y las características del grupo y su nivel de estudios (Tabla: 34)

**Tabla 34. Comorbilidad y Calidad de Vida**

COMORBILIDAD		Moderada CV	Buena CV	P(sig bilateral)
<b>PRESENCIA DE HÁBITO TABÁQUICO</b>	SI	54,2%	45,8%	$p<0,807$
	NO	50,0%	50,0%	
<b>DIABETES</b>	SI	41,2%	58,8%	$p<0,412$
	NO	54,4%	45,6%	
<b>HTA</b>	SI	35,5%	64,5%	$p<0,037$
	NO	62,8%	37,2%	

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

<b>TUMOR PREVIO</b>	SI	56,3%	43,8%	p<0,780
	NO	50,0%	50,0%	
<b>CARDIOPATÍA</b>	SI	37,5%	62,5%	p<0,264
	NO	55,2%	44,8%	

Se realizó un análisis para muestras independientes, para valorar la relación entre la edad y la comorbilidad que más modifica la calidad de vida del paciente con colostomía, pudiéndose comprobar que es la HTA.(Tabla:35) .Los resultados obtenidos son significativos ( $p<0,000$ ), por lo tanto en nuestros resultados podemos identificar una relación entre la edad del paciente y la HTA, que a su vez ha presentado resultados significativos en la calidad de vida del paciente.

A mayor edad, más calidad de vida percibida en pacientes que tiene HTA y que a pesar de tener una enfermedad crónica y la colostomía manifiestan en las puntuaciones del STOMA-QOL tener mejor calidad de vida que el resto.

**Tabla 35.Comorbilidad (HTA y EDAD)**

COMORBILIDAD HTA Y EDAD		N	Media	Desviación Tip	Sig. (bilateral)	IC95% Superior	Inferior
	Comorbilidad HTA						
Edad	No	58	60,83%	13,955	0*	-16,351	-5,993
	Si	45	72,00%	12,008		-16,255	-6,09
<b>*p&lt; 0,001</b>							

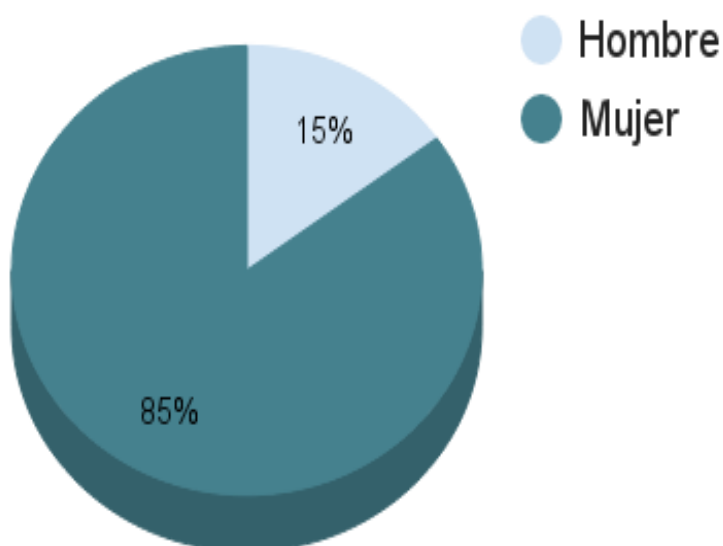
#### 10.4 Análisis Del Perfil Del Cuidador

En cuanto a la descripción del perfil del cuidador, en la muestra estudiada, en nuestro entorno, se ha podido identificar al cuidador durante la estancia hospitalaria en el 81% de los pacientes y en el 19% restante no se ha identificado cuidador principal. Esta identificación de "**cuidador**" durante el proceso de ingreso y tratamiento quirúrgico es de acompañante/cuidador ya en muchas ocasiones no coincidiera con la persona encargada del cuidador en el domicilio, por tanto la muestra que se ha estudiado para la identificación del perfil y de la sobrecarga del cuidador ha sido de 22 cuidadores (n =22), ya que la localización del "cuidador principal" del paciente con colostomía una vez que el paciente está en su domicilio, es complejo por la diversidad del rol, por

el cuidado compartido y por la dificultad de identificación del papel de cuidador, como la persona responsable del cuidado de la colostomía del paciente.

Se realizaron un total de 22 encuestas a cuidadores informales, de los cuales el 87.3% eran mujeres (n= 17) y el 14.3% hombres (n=4), con una media de edad de 61.3 años (DE:13.3) y significativamente diferente: hombres = 72.2 años (DE:12.4) y mujeres = 63.2 (DE: 17.7) y con una identificación del parentesco con el paciente de su pareja en el 51.1% (n=12), el 28.6 % eran hijos (n= 6), hermanos/as el 9.5% (n = 2) y por último el 4.8 % eran nieto/a (n=1).

**Sexo del Cuidador**



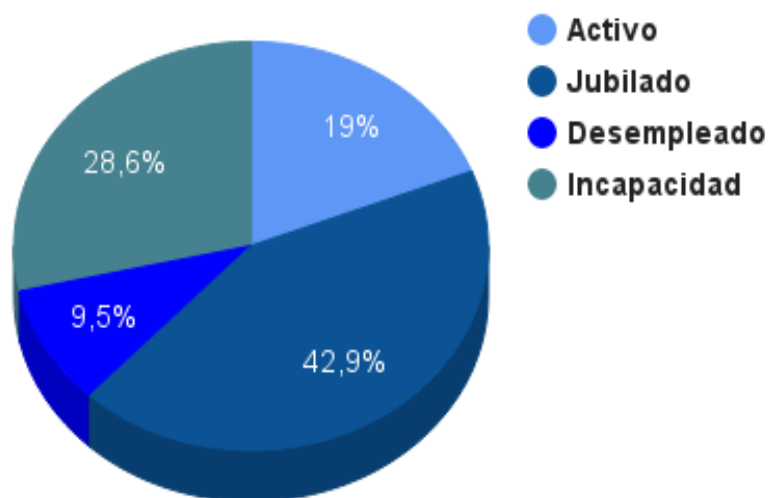


**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

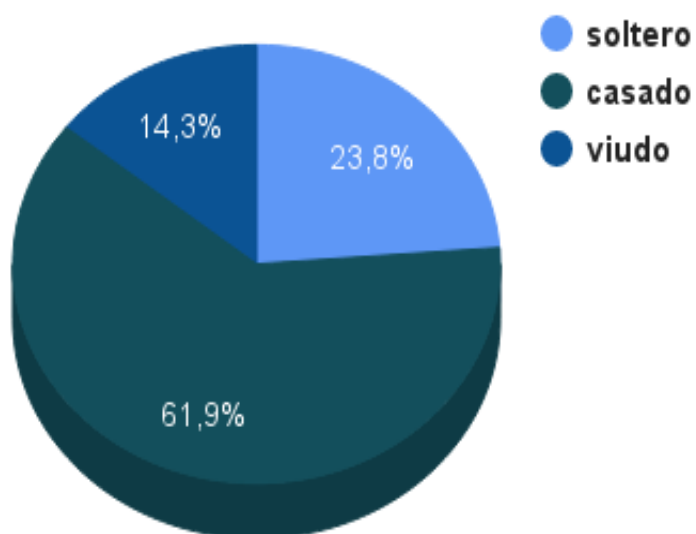
**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

En cuanto su actividad laboral habitual identificamos, que el 28.6% están en situación de incapacidad laboral IT(n=6), desempleados el 9.5% (n=2), el 19% Activo (n=4) y la situación más frecuentes es la de jubilado, con el 42.9% (n =9).

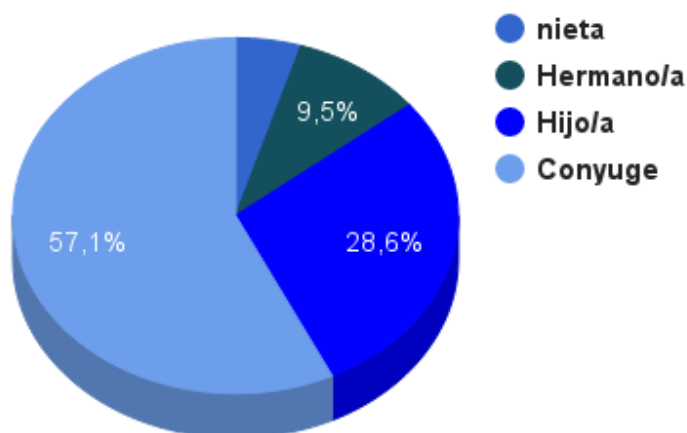
### Actividad del cuidador



### Estado civil del cuidador



### **Rol de cuidador**



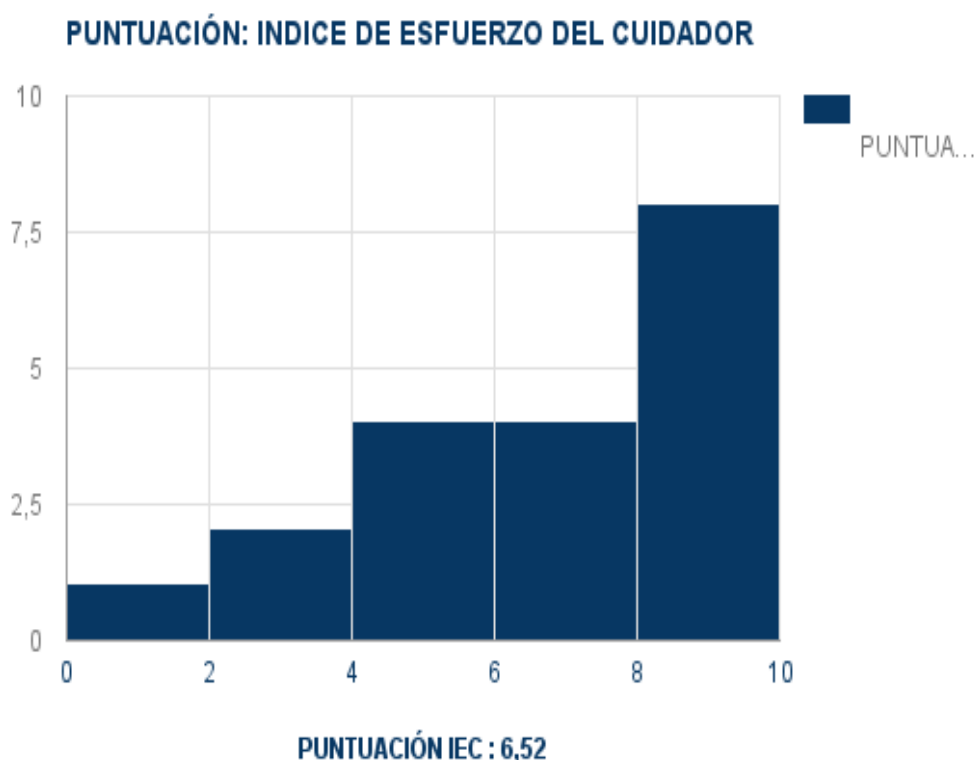
### **➤ INDICE DE SOBRE ESFUERZO DEL CUIDADOR**

En cuanto a los resultados obtenidos tras la realización del cuestionario "Índice de sobrecarga del cuidador", en nuestra muestra (n=22) el nivel de dependencia del paciente con colostomía no se correlaciona con las repercusiones en el cuidador, siendo la puntuación media 6.5, lo que sugiere un nivel no elevado de sobre esfuerzo.

Sin embargo identificamos los problemas más habituales del cuidador en nuestra población a estudio fueron; el 81% identifica una modificación en los hábitos básicos de la familia (n=17) con un sentimiento de pérdida de vida social 66.7% (n=14) y un 61.9% manifiesta menos tiempo libre que modifica su ocio, vacaciones y tiempo libre (n=13). Además el 57.1% de cuidadores ha manifestado

sentimientos de depresión y angustia (n=12) en el proceso del cuidado informal del paciente ostomizado.(Figura:15)

**Figura 15.Índice de Esfuerzo del cuidador**



El cuidado del paciente con cáncer colorectal y colostomía si bien no se asocia a una gran dependencia , sí que genera limitaciones al cuidador, relacionadas éstas, con el proceso de envejecimiento de la población, debido al aumento de la esperanza de vida que genera un aumento la necesidad de cuidar y manejar el estoma por más tiempo.

En la evaluación del soporte socio-familiar del paciente y cuidador, los resultados obtenidos muestran la existencia de un buen

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

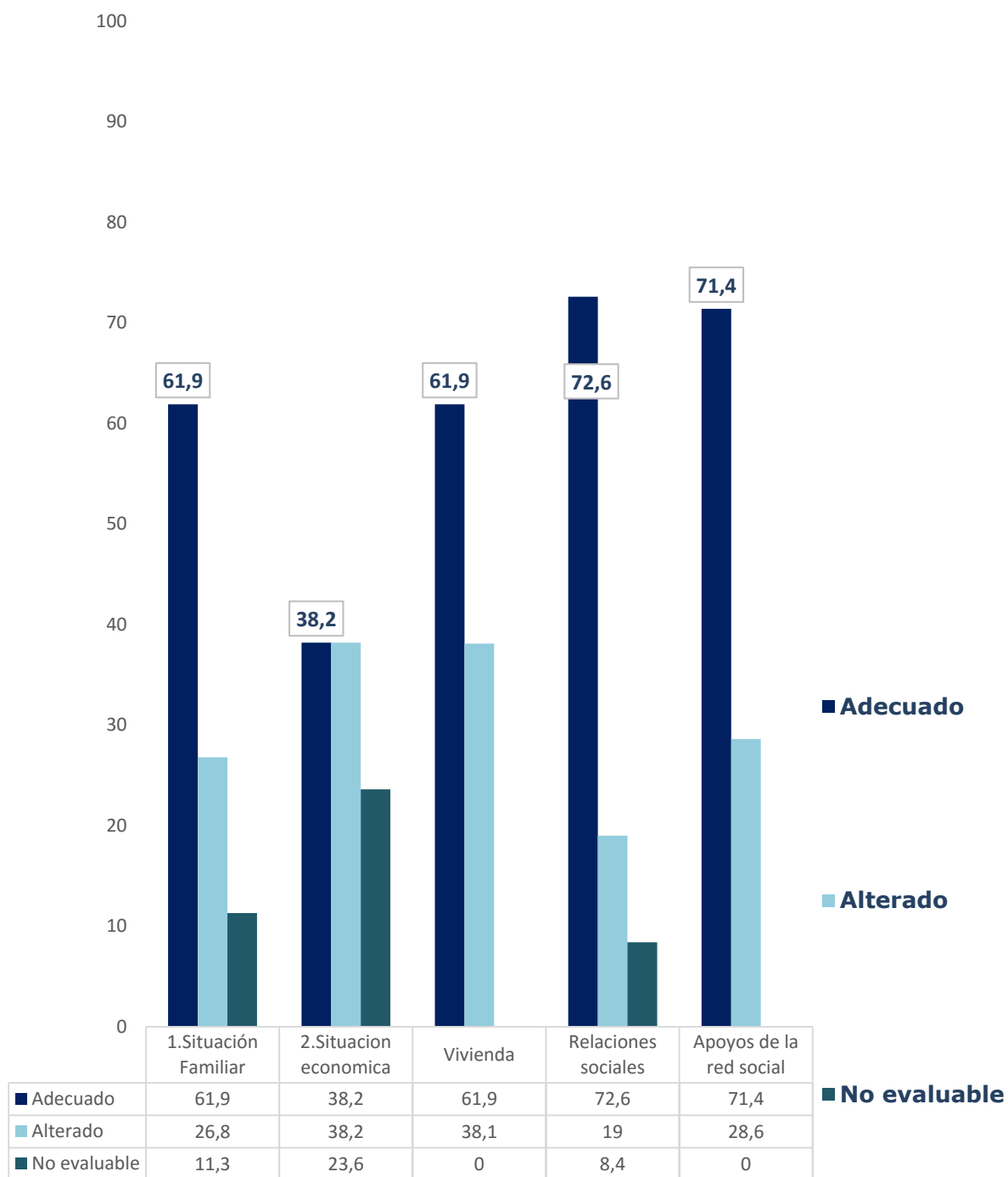
**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

soporte social, sin obtener resultados significativos estadísticamente, en ningún ámbito. Sólo podemos destacar una puntuación algo más desfavorable en el aspecto de la situación económica, obteniendo en un 38,2% de familias una modificación en su economía (n=13), que supone una pérdida de poder adquisitivo y económico familiar, en relación al 1,5 del salario mínimo.

**CUIDADORES N=22  
INDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR**



## SOPORTE SOCIO FAMILIAR N=22



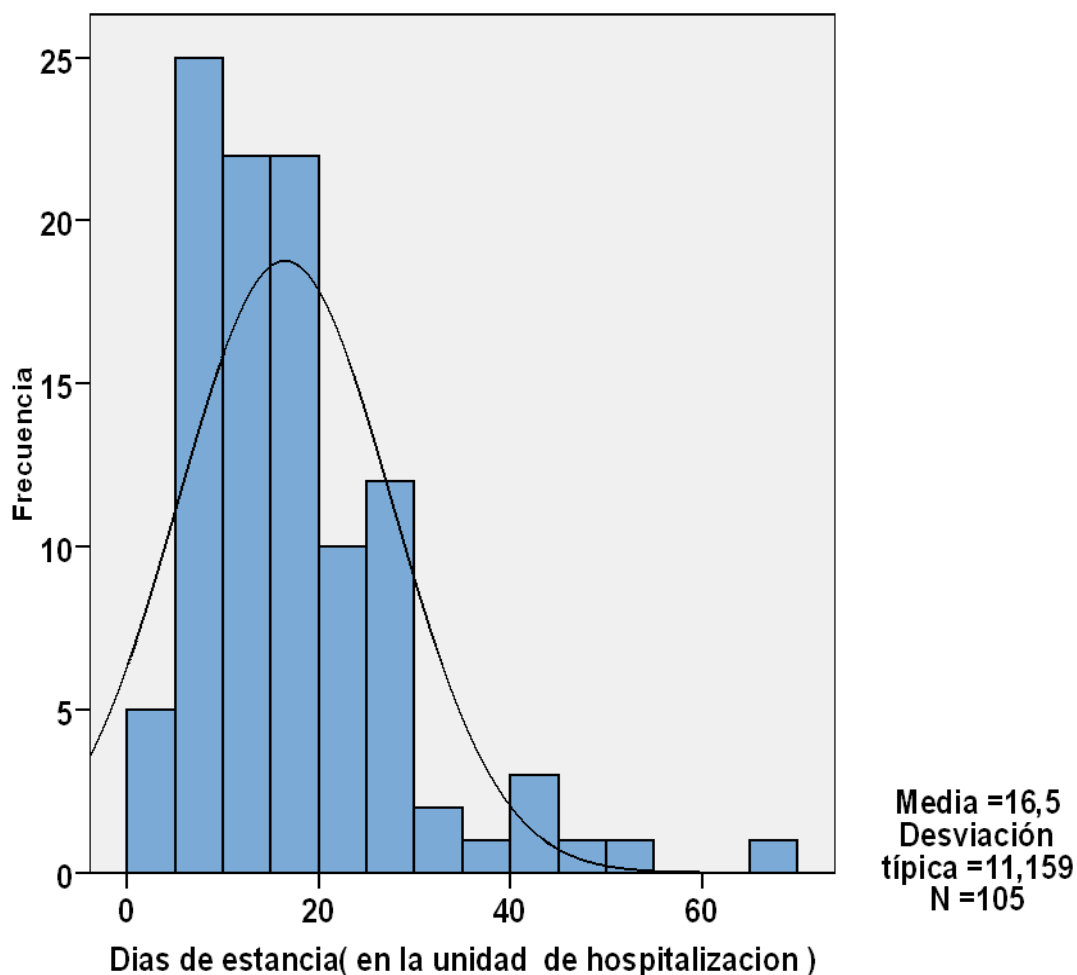
## **10.5 RECURSOS SANITARIOS Y SUPERVIVENCIA**

Para el objetivo nº 3 se procedió a la evaluación de la utilización de los recursos sanitarios utilizados por los pacientes con colostomía permanente estudiados, hemos considerado los días de estancia hospitalaria y la frecuentación de consultas de enfermería realizadas por el paciente durante en el primer año.

En este sentido, se ha realizado el análisis de la frecuentación del paciente en las consultas de enfermería de atención hospitalaria, la frecuentación del paciente en las consultas de urgencias y la frecuentación de las consultas de enfermería de atención primaria, generadas como demanda del cuidado de la colostomía.

La media de estancia hospitalaria para el grupo a estudio ha sido es de 16,5 (DE :11,5) , un poco superior a la media del año 2014 que fue de 11,65 (DE:8,7) para el mismo proceso de Resección abdómino perineal y Ca de Recto, en nuestro propio ámbito.(Figura:16)

**Figura 16: Días de Estancia Hospitalaria**



Los resultados obtenidos mediante las tabla de frecuencias (Tabla: 37) presentan como resultado para las consultas realizadas por el paciente en Atención especializada (hospital) una media de 5.5 en el año 2015, una media de 0.37 visitas en Urgencias (año 2015) y una media de 0.46 de media (año 2015) de visitas en atención primaria.

De la utilización de los recursos sanitarios que el paciente tiene en su entorno, nos presenta una media de visitas en CCEE mayor a las realizadas a urgencias o A.P, como resultado de la atención especializada que el paciente necesita para el cuidado y la gestión de las incidencias entorno a su ostomía. (Tabla:36)

**Tabla 36 .Revisiones Consultas Enfermería**

<b>CONSULTAS ENFERMERAS  N:101 Perdidos :4</b>	<b>Nº frecuentación en CCEE</b>	<b>Nº frecuentación en Urgencias</b>	<b>Nº frecuentacion Atención Primaria</b>
Media de consultas	<b>5,55</b>	<b>,37</b>	<b>,46</b>
DE	2,238	0,797	1,261
Mínimo	0	0	0
Máximo	9	5	8

La frecuentacion en **las consultas de enfermería en CCEE**, presentan en el histograma una distribución continua durante el primer año ( 2015 ) con una frecuentacion alta (media=5,55) ,debido a la necesidad de control y seguimiento que necesita el paciente por una enfermera especializada. (Tabla: 37) Nuestro entorno no tiene una consulta monográfica de estamatorerapia y la figura referente



**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

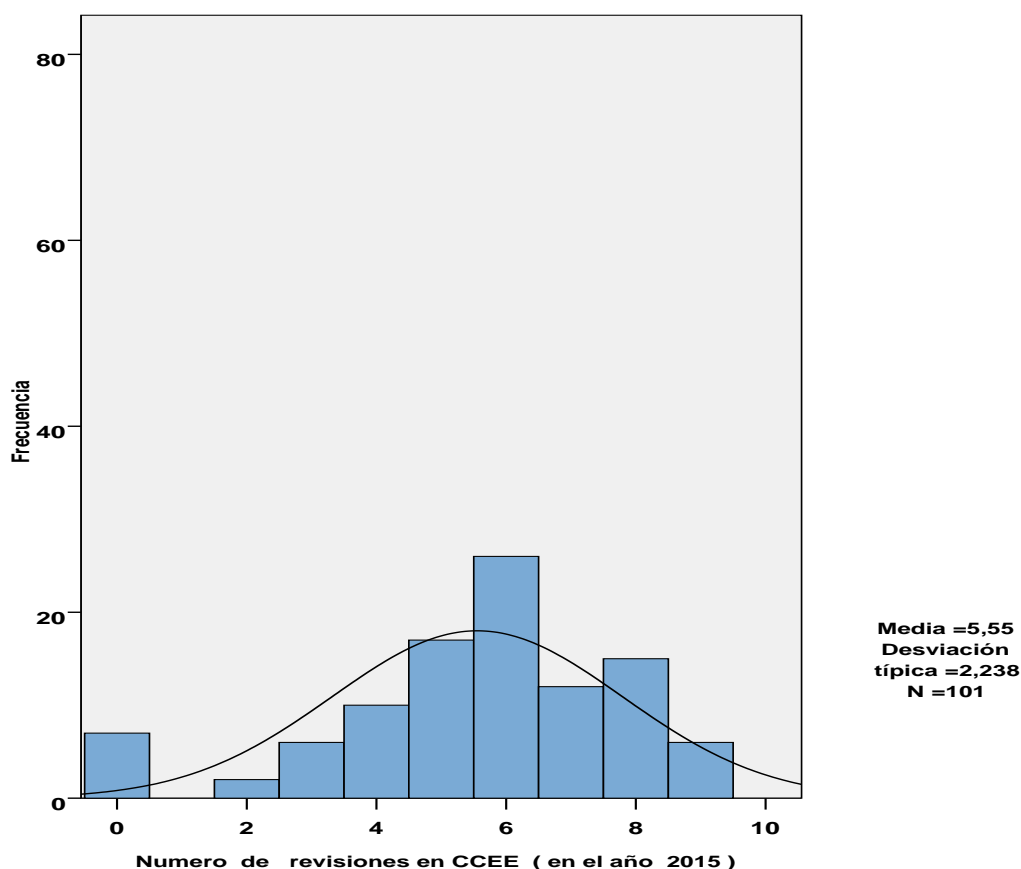
**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

para el paciente, es la enfermera/o de CCEE. El consumo de consultas y por tanto el coste económico, en número de visitas, que se genera en nuestra área es inferior al número de consultas y revisiones que se realizan en entornos que disponen de enfermera estomatoterapeuta, al igual que las complicaciones identificadas las cuales en número no aumentan, por no disponer de una enfermera estomatoterapeuta sino que son similares a las de otros entornos de igual características al nuestro.(Figura :17)

**Tabla 37.Frecuentación Consultas CCEE**

<b>VISITAS CONSULTAS ENFERMERIA CCEE</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
<b>Nº de visitas</b>			
0	7	6,7	6,9
2	2	1,9	8,9
3	6	5,7	14,9
4	10	9,5	24,8
5	17	16,2	41,6
6	26	24,8	67,3
7	12	11,4	79,2
8	15	14,3	94,1
9	6	5,7	100
Total	101	96,2	

Figura 17: Revisiones CCEE

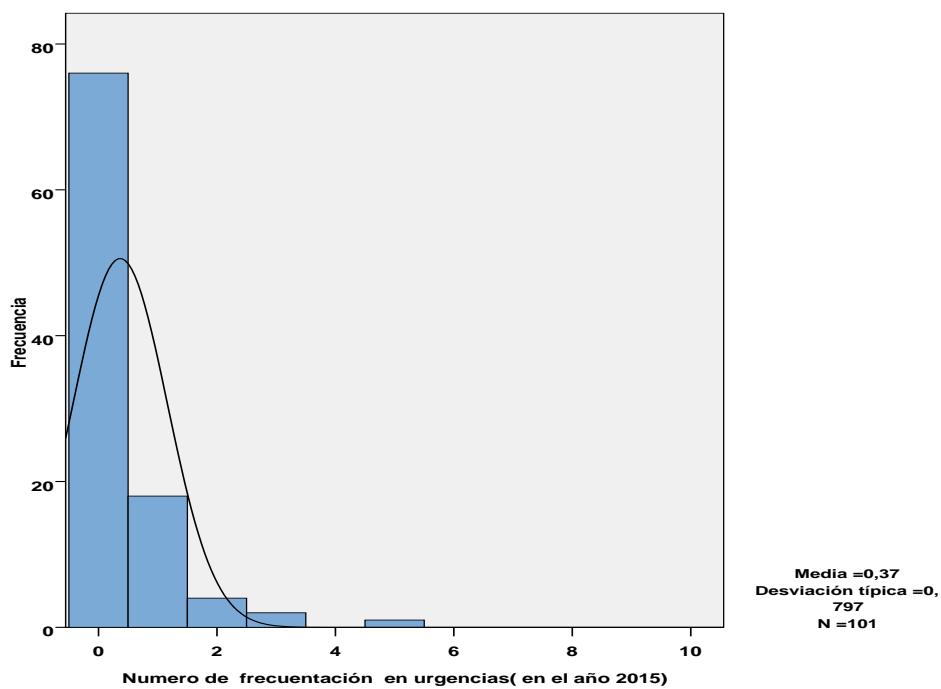


La frecuentación de consultas en el **área de Urgencias** presenta una media bastante inferior (media=0.37) y en el histograma se puede ver como son más numerosas las visitas al principio, coincidiendo con el alta del paciente, momentos de más incertidumbre y más dudas relacionadas con la nueva situación y el cuidado de la ostomía.(Figura:18) El uso de recursos sanitarios en urgencias es inferior en su media al de Atención Primaria, debido a las dificultades estructurales que presenta el desplazamiento y los tiempos de espera en el área de urgencias (Tabla: 38).

**Tabla 38. Frecuentación Consultas Urgencias**

VISITAS CONSULTAS DE ENFERMERIA EN URGENCIAS	N	%	Porcentaje acumulado
<b>Nº de visitas</b>			
0	76	72,4	75,2
1	18	17,1	93,1
2	4	3,8	97
3	2	1,9	99
5	1	1	100
Total	101	96,2	

**Figura 18: Revisiones en Urgencias**



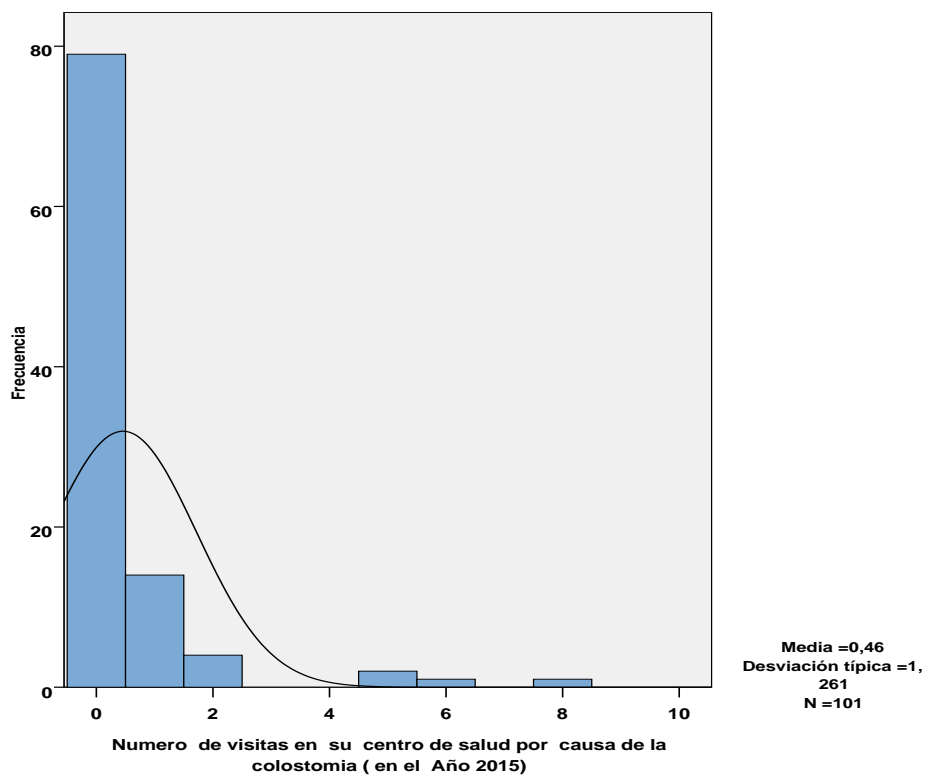
La frecuentación en **Atención Primaria** presenta una media de 0.46 en el año 2015, presentando una media algo más elevada que la frecuentación en urgencias, pero menor que la frecuentación en atención especializada. La proximidad y cercanía de la consulta de enfermería la convierte en un recurso de fácil acceso, pero la no existencia de enfermera especializada hace que su uso vaya disminuyendo en el primer año. (Figura: 19)

En el histograma podemos apreciar una curva más elevada al principio, pero que no continúa en el año de una forma homogénea, debido a que las necesidades que el paciente tiene para garantizar el manejo de la ostomía y recibir educación e información no son realizadas en atención primaria (Tabla: 39).

**Tabla 39.Frecuentación Consultas Atención Primaria**

VISITAS CONSULTAS DE ENFERMERIA ATENCION PRIMARIA	N	%	Porcentaje acumulado
<b>Nª de visitas</b>			
0	79	75,2	78,2
1	14	13,3	92,1
2	4	3,8	96
5	2	1,9	98
6	1	1	99
8	1	1	100
Total	101	96,2	

**Figura 19: Revisiones Atención Primaria**

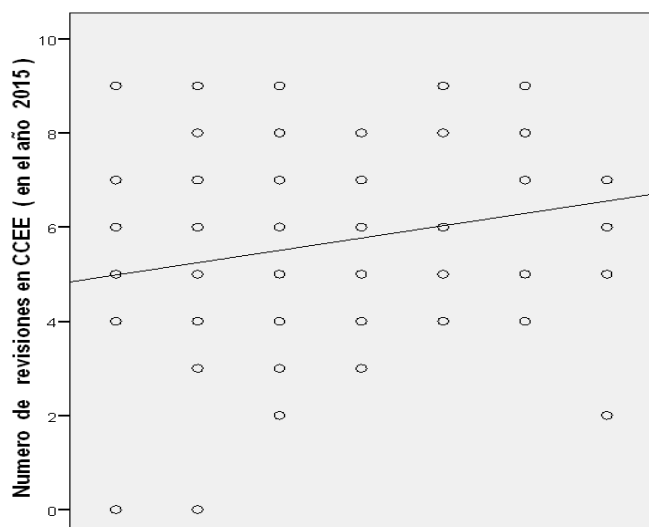


➤ **Análisis de correlación Tasa de cumplimiento y  
frecuentación de consultas**

Se ha realizado la correlación entre dos variables cuantitativas, la frecuentación del paciente en consultas y la tasa de cumplimiento de las intervenciones enfermeras.

La frecuentación de consultas en atención especializada (CCEE) y la tasa de cumplimiento de las intervenciones en la fase preoperatoria no presentan una relación significativa ( $p < 0.41$ ), ya que aunque el cumplimiento de las intervenciones y la adherencia sea mayor, no se disminuye la frecuencia en las visitas a consultas de enfermería, sino que ligeramente lo aumentan ( $N = 99$ ), la correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral) para  $p < .206$ , nos sugiere pensar en que la frecuentación a la consulta no está asociada a la demanda del paciente sino como revisiones previstas y programadas sin tener una relación directa con la demanda de asistencia del paciente.(Figura:20)

**Figura 20: Cumplimiento Y Frecuentación**



Se realizó el análisis de la correlación entre la frecuentación de consultas y la existencia de información sobre las complicaciones de la colostomía (educación, información etc). De tal forma que se han encontrado diferencias significativas entre la frecuentación en número total de consultas  $N=84$  para  $p<0.001$  y la información sobre las complicaciones. Por fases es podemos ver como es mayor la frecuentacion en las consultas de atención Hospitalaria especializada cuando se ha informado sobre las complicaciones de la colostomía ( $n=84$ ) 5,6 % de visitas ( $p<0,032$ ), esto puede deberse al programa educativo establecido o bien a la inseguridad del paciente que aumenta las visitas y la frecuentacion.(Tabla:40)

**Tabla 40.Frecuentación de consultas y complicaciones**

Prueba T para la igualdad de medias Frecuentación revisiones año 2015		F	t	gl	Sig. (bil)	Error típ. De la diferencia	95% Intervalo de confianza	
		Inferior	Inferior	Superior	Inferior	Inferior	Superior	Inferior
Consultas Externas	Se han asumido varianzas iguales	,338	-2,177	98	<b>,032</b>	,599	2,492	- ,116
	No se han asumido varianzas iguales		-2,519	24,667	,019	,518	2,370	-,237
Urgencias	Se han asumido varianzas iguales	17,116	-2,173	98	,032	,214	,888	- ,040
	No se han asumido varianzas iguales		-1,271	15,984	,222	,365	1,238	-,310
Atención primaria	Se han asumido varianzas iguales	20,804	-2,577	98	,011	,336	1,533	- ,199
	No se han asumido varianzas iguales		-1,426	5,752 <sup>1</sup>	,174	,608	2,156	- ,423
Número de visitas totales	Se han asumido varianzas iguales	2,218	-3,339	98	,001	,789	4,199	- 1,069
	No se han asumido varianzas iguales		-2,674	18,075	,015	,985	4,703	- ,565

➤ **Análisis de la Tasa de supervivencia con la Adherencia de cumplimentación de intervenciones enfermeras**



Para evaluar la tasa de supervivencia del grupo se utilizó el análisis no paramétrico de Kaplan-Meier. Los exitus en el grupo a estudio se han producido de media a los 17 meses (Exitus  $n=17$ ), y la estimación de supervivencia ha sido de 20,71 meses (límite sup= 18,97 y límite inf=22.17) y un porcentaje acumulado de supervivencia (83%).

La tasa de supervivencia en nuestro grupo a estudio ha sido de 17 meses, hemos introducido una variable dependiente del tiempo realizado un corte a 6 meses para homogeneizar la supervivencia e identificar la adherencia en cumplimentación de las intervenciones enfermeras en cada fase del proceso (Tabla:41). Se observa que cuando el desenlace ha sido exitus, la tasa de cumplimentación que se ha realizado en las fases pre y postoperatorio, es menor, obteniendo resultados significativos ( $p<0,000$ ) en la fase preoperatoria y postoperatoria ( $p<0,048$ ). Esto es debido a la no posibilidad de completar en estos pacientes el número necesario de intervenciones debido al fallecimiento y esto implica menos intervenciones. Por otro lado, la mayor adherencia en los pacientes fallecidos en la fase ambulatoria, puede deberse a que se pone un mayor interés en cubrir todas las necesidades como consecuencia de la gravedad del paciente, mayor demanda de cuidados y por supuesto de la complejidad del proceso.(Figura:21)

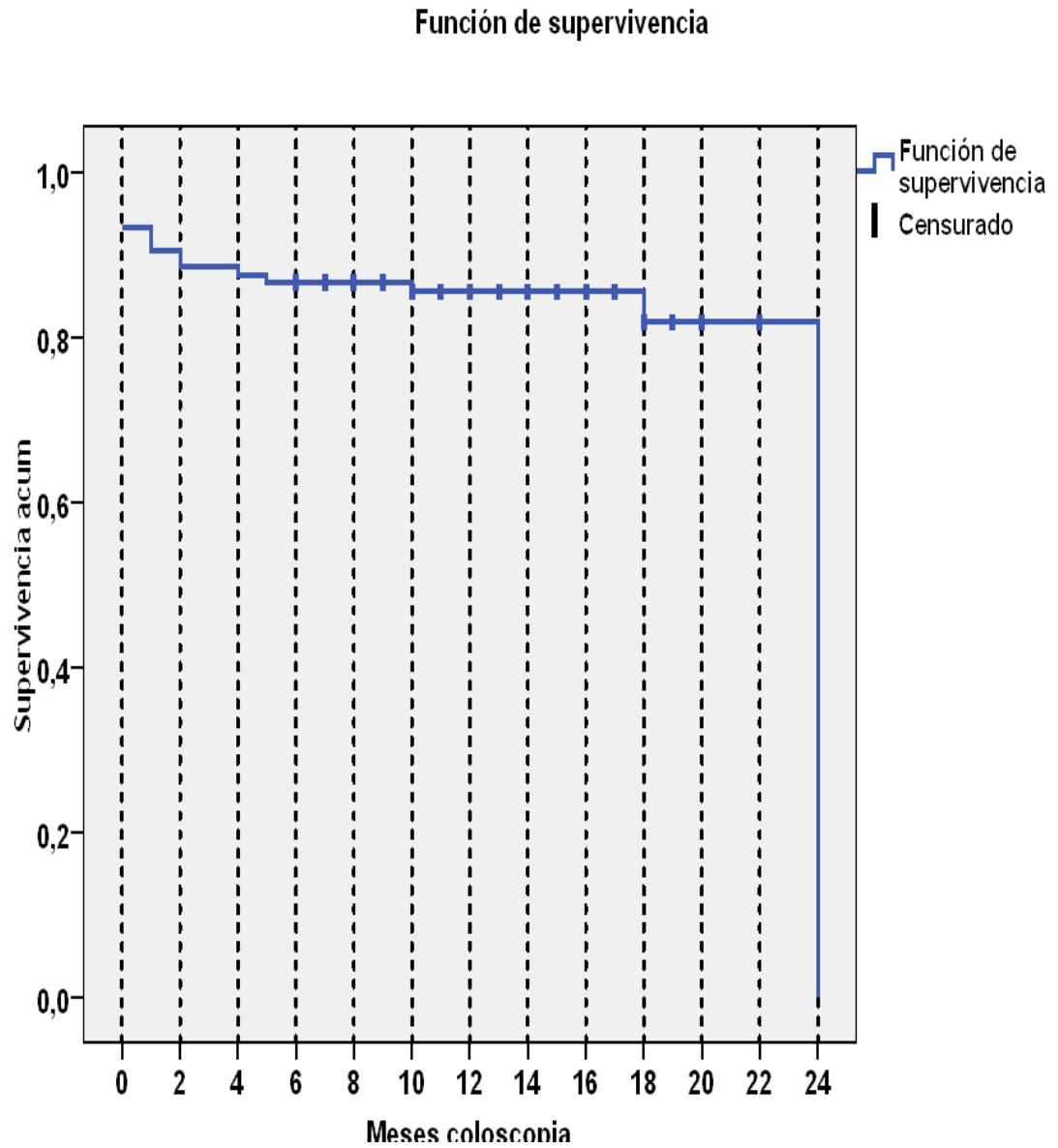
**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

*Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez*

**Tabla 41. Supervivencia y cumplimiento de Intervenciones**

SUPERVIVENCIA Y TASA DE CUMPLIMIENTO DE INTERVENCIONES			Media	Des. tip	Sig. (bilateral )	IC95% Superior	Inferior
Tasa cumplimient o (%) en Fase PRE	Vivo	89	22,81%	18,09	<b>&lt;000*</b>	3,078	22,54
	Exitus	14	10%	6,79		7,503	18,115
Tasa cumplimient o (%) en Fase POST	Vivo	91	76,33%	16,41	<b>&lt;048*</b>	0,0793	22,968
	Exitus	9	64,81%	17,4501		-2,098	25,146
Tasa cumplimient o (%) en Fase AMBULATORI A	Vivo	91	73%	20,39		-33,17	14,117
	Exitus	3	83,33%	14,43	0,426	1,3	17,57
<b>*p&lt; 0,001</b>							

Figura 21.Función de Supervivencia



## **11. DISCUSIÓN**

### **➤ OBJETIVO ESPECÍFICO: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE LA MUESTRA**

Según los datos Nacionales del GLOBALCAN 2012, en nuestro país se diagnosticarán anualmente 32.240 casos nuevos de cáncer de colorectal y se estima que en un 80% de ellos, el tratamiento quirúrgico de elección será la enterostomía de eliminación (colostomía), siendo el 85% de ellas, personas portadoras de ostomías digestivas, es decir, prácticamente 47.000 personas (Ferlay et al., 2014).

El propósito del presente estudio, fue determinar cuál es el nivel de correlación entre los cuidados e intervenciones enfermeras realizados en la Agencia Sanitaria Costa del Sol y las Buenas Prácticas identificadas por la Registered Nurses 'Association of Ontario (RNAO) en los pacientes con colostomía permanente.

La revisión de la literatura, identifica, cómo la realización de los cuidados enfermeros basados en la evidencia, mejoran la adaptación a la colostomía y por tanto permiten al paciente adquirir un buen nivel de autocuidado (Brown & Randle, 2005b).

Los pacientes analizados fueron aquellos, que se realizaron una colostomía en el periodo comprendido entre enero 2014 y enero 2015.

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

De forma retrospectiva hemos evaluado cuales han sido las intervenciones en cuidados de enfermería, realizadas durante su ingreso, estancia y posteriormente al alta, evaluando también el impacto en su percepción en la calidad de vida un año después de la realización de la colostomía. Partiendo de este criterio, fueron examinadas 105 historias de pacientes que en este periodo se realizaron la colostomía y 74 pacientes a los que se evaluó el nivel de calidad de vida al año.

Para analizar el impacto que la colostomía ha generado en la calidad de vida, hemos evaluado al paciente tras un año de convivencia con ella, analizando de ésta manera, como afectan los factores sociodemográficos/clínicos, psicosociales y como la realización de ciertas intervenciones enfermeras en el pre y postoperatorio, condicionan la calidad de vida de estos pacientes en el Área Sanitaria Costa del Sol.

Diferentes estudios han demostrado que a medida que nos separamos del momento concreto que ha modificado las condiciones de vida del paciente (el momento del diagnóstico y tratamiento quirúrgico que da lugar a la colostomía), se produce una evolución y una modificación positiva, con una mejor calidad de vida al año en comparación con la percibida al inicio (Arango, 2015; P et al., 2010).

Por lo tanto, hemos visto interesante evaluarla tras un año de la realización de la colostomía, para poder determinar de esta forma, la capacidad de adaptación del paciente y el resultado de todo el proceso, explorando cuáles han sido los factores que inciden en su calidad de vida y como es su nueva percepción de vida.

En este sentido, podemos ver, como ciertos estudios, consideran que las estrategias de adaptación individual, y las características del entorno, van a ser determinantes en esta mejora de la percepción de su proceso. Además, los cuidados enfermeros (atención y educación), son una herramienta para mejorar la asistencia sanitaria y un elemento fundamental para garantizar el autocuidado, incidiendo esto directamente en el nivel de percepción de calidad de vida (Torquato Lopes & Decesaro, 2014).

#### ➤ **Perfil Sociodemográfico de la muestra**

Las características sociodemográficas de nuestra muestra, son similares a la de otros estudios que evalúan la calidad de vida en pacientes ostomizados un año después (Chaura-Guindic et al., 2011; Coca, de Larrinoa, Serrano, & García-Llana, 2015b; Martínez, 2015a; Pittman et al., 2009a).

En nuestro grupo de estudio encontramos que los pacientes tienen 65,7 años de media y una distribución por sexo similar ligeramente superior en varones (51,4%), coincidiendo con estudios recientes de nuestro entorno con pacientes ostomizados (Coca, de Larrinoa, et al., 2015b; Martínez, 2015a) por cáncer de colon y con las cifras de prevalencia del cáncer de colón publicadas por la Sociedad Española de Oncología Médica (Ferlay et al., 2014).

Esta distribución algo más elevada en varones, coincide con lo revisado en la literatura en la cual se observa una mayoría de hombres estudiados, con respecto a mujeres que sufren cáncer colorectal. (El Cáncer en España 2016).

Si continuamos analizando los datos sociodemográficos de los sujetos de estudio, encontramos una población con un nivel de estudios medio bajo (estudios primarios o secundarios).

Este bajo nivel de estudios es similar a otras investigaciones, en las cuales, el nivel de estudios de "*escolarización media*" es el más elevado con un 72.28% (Chaura-Guindic et al., 2011; Plata & Majewski, 2007).

Este resultado, parece tener una relación directa con los aspectos socio-económicos, el lugar o entorno de residencia, así como con la edad media de la muestra.

Encontramos datos, que relacionan el cáncer con bajos niveles de educación sanitaria (mala gestión en las dietas, utilización de hábitos no saludables,..) y entornos poco saludables, que exponen al individuo a factores de riesgo por dificultades económicas o sociales y que han demostrado tener relación directa como factores de riesgo por exposición (Aguilar & Teresa, 2013).

Si realizamos un análisis más detallado de los pacientes que presentan un bajo nivel de estudios, podremos comprobar la presencia de un mayor desconocimiento sobre su proceso y falta de inquietud sobre el diagnóstico y pronóstico, también asociado a un grupo de pacientes de mayor edad que paradójicamente han manifestado tener una mejor calidad de vida, aspecto que pensamos, puede estar relacionado con un menor nivel de expectativas vitales y de exigencias personales. Esto nos hace pensar, que tener un buen nivel de estudios, es un factor estresante en la calidad de vida, ya que las expectativas del paciente son mayores, al igual que su nivel de conocimientos, lo que genera más preocupación y un problema de afrontamiento.



Aunque el nivel educativo es evaluado en la mayoría de artículos de percepción de calidad de vida, en ninguno de ellos se considera un condicionante de la calidad de vida para las personas con colostomía (De Frutos Muñoz et al., 2011). En contraposición hay otros estudios en los que hay una tendencia a puntuaciones más elevadas en pacientes con estudios medios y superiores (Ak, 2013; Bahar Mahjoubi, Mirzaei, Azizi, Jafarinia, & Zahedi-Shoolami, 2012) que presentan una mejor percepción en su calidad de vida.

Este mayor nivel educativo parece influir en las actitudes de los pacientes hacia la ostomía y en sus mecanismos de adaptación que giran en torno al tema, generando mayor demanda de educación, de aprendizaje, lo que puede interferir con los resultados de su adaptación y autocuidado.

El estado civil del paciente más identificado en la mayoría de los estudios realizados es el de "casado", en contraposición a nuestros resultados, en los que identificamos como estado civil algo mayoritario el de "viudo" seguido de "casado" en el 40%, por lo que es posible que en nuestra muestra, sea el propio paciente, el responsable de su autocuidado en periodos concretos (Chaura-Guindic et al., 2011; Dos Santos Pereira, Bernardi Cesarino, Ismael Martins, Halena Pinto, & Gomes Netinho, 2012).

El estudio de Dos Santos Pereira et al.( 2012) obtiene peores puntuaciones en la calidad de vida en pacientes cuyo estado civil es "viudo" o "soltero" que cuando el paciente vivía acompañado, estos resultados no coinciden con los nuestros, aunque si podemos determinar la importancia que hemos encontrado en la identificación del cuidador con una mayor adherencia en la realización de las intervenciones enfermeras en la fase postoperatoria.

El 46,4 % de los cuidadores en nuestro estudio eran los cónyuges, seguido del hijo/a del paciente, aunque entendemos por nuestros resultados, que existe un rol de cuidador diferente en cada entorno, así pues durante el proceso de ingreso sería de acompañante, y cuando el paciente está en el domicilio, de cuidador principal, es la persona que convive con el paciente, situación que coincide con el estudio de Bonill de las Nieves,( 2013) en el que se identifica el cuidador principal habitual y al entorno familiar que convive con el paciente, como un rol muy importante en el proceso y el cual permite mejorar las estrategias de afrontamiento.

#### ➤ **Características Clínicas de la Muestra**

Los datos clínicos verificaron que la indicación más frecuente de la colostomía fue el Cáncer colorectal irresecable (41,9%), seguida

por el Cáncer de Recto inferior o Ano resecables (con la Resección abdominoperineal como planteamiento quirúrgico, 20,9%); de esto deriva que son las neoplasias malignas colorectales las responsables de la mayoría de colostomías (en total, 75,2%).

Este resultado está en consonancia con los datos de Parrilla Paricio, Jaurrieta Mas, & Moreno Azcoita( 2005) pero a diferencia del estudio de (Seo et al., 2013b) en el cual se realizó un estudio unicéntrico retrospectivo comparativo, para identificar factores de riesgo y características epidemiológicas asociadas a las ostomías permanentes con resección bajas por cáncer rectal, estudiando 2362 pacientes entre 2000 y 2007, diferenciando entre ostomías permanentes versus ausencia de ella y el cual encontró menor prevalencia de ostomías permanentes.

Según la temporalidad de la colostomía, encontramos que a la mayoría de pacientes, se les realizó una colostomía definitiva y con menor frecuencia, una ileostomía. Siendo las principales indicaciones para su realización el cáncer colorectal no resecable y la resección abdominoperineal (29,5%), en consonancia con los estudios realizados en nuestro entorno (Santander A et al., 2013).

El 34,% de los pacientes han presentado alguna complicación, este resultado coincide con otras publicaciones, en las cuales la proporción de personas que presentan complicaciones se encuentra próxima al 40%.

Chaura-Guindic et al. (2011) en su estudio, determina como es el periodo postoperatorio el más habitual para la aparición de las complicaciones. La atención al paciente por profesionales con alta competencia y capacitación en el manejo de ostomías, mejora la identificación precoz de las complicaciones, permite aplicar los cuidados con más evidencia contribuyendo así a una disminución de las complicaciones y por tanto generando una disminución en costes por días de ingreso, reingresos o frecuentación de consultas (Campillo Martínez, 2015).

La revisión sistemática de (G. Salvadalena, 2008), concluye con la gran dificultad que existe para determinar la tasa de complicaciones, y sobre todo para precisar cuál es la incidencia global. Esta tasa varía según los autores y según el tipo de complicaciones, debido a la existencia de factores como la duración de los estudios, la dificultad para tipificar las complicaciones, el tipo de estoma y procedencia de la colostomía (Cirugía urgente /programada) etc....

Aun así, las complicaciones que la revisión de la bibliografía identifica en entornos similares a los nuestros, que son de aproximadamente un 21-70%, incluyendo también las complicaciones tardías. Este amplio rango dificulta precisar su incidencia debido a factores como la duración del seguimiento, definición de las complicaciones, tipo de estoma, tipo de cirugía (urgente o diferida) o la enfermedad de base (de Miguel Velasco, Jiménez Escovar, & Parajó Calvo, 2014). En nuestro estudio, la procedencia del paciente es ligeramente mayor en las situaciones de cirugía programada que en la cirugía urgente.

En nuestro estudio, las complicaciones periestomales cutáneas han sido las más frecuentes, (9,5%), seguido de la hernia periestomal, (7,6%), siendo significativo en estos resultados la procedencia del paciente, ya que encontramos más complicaciones en aquellos pacientes cuya procedencia es de situaciones de urgencia.

La irritación cutánea y la dermatitis se presentan debido al contacto de la zona periestomal con el efluente, por problemas con el dispositivo, falta de manejo en el cambio o garantías de autocuidado.

En nuestros resultados el 7,6% de las complicaciones son hernias periestomales, estos resultados coinciden con el estudio de prevalencia de E. Carlsson et al.( 2016), realizado un año después de la colostomía en pacientes de 70 años, donde analiza la procedencia del paciente (urgencias vs programada) y como desarrollaron una o más complicaciones, siendo su tasa global del 35%, incidiendo en estos resultados su procedencia , que genera un aumento del porcentaje de complicaciones en la cirugía urgente.

Esto puede ser debido a que cuando el paciente tiene una intervención de urgencia, identificamos falta en el marcaje del estoma, falta de educación sobre el manejo del estoma y falta de tiempo en la preparación quirúrgica, que ocasionan un aumento en el riesgo de presentar complicaciones precoces (Shabbir & Britton, 2010).

De igual forma, el desarrollo de complicaciones parece que se disminuye mediante la realización de una enfermería de práctica avanzada, con alto nivel de competencia y especialización, lo que permite disminuir el riesgo de desarrollar complicaciones por el paciente, asegurando la correcta ubicación del estoma, proporcionando educación correcta sobre el proceso y realizando la enseñanza

necesaria para su detección precoz de complicaciones (Coca, Fernández de Larrinoa, Serrano, & García-Llana, 2015).

En relación al desarrollo de complicaciones podemos determinar que los resultados obtenidos en nuestro estudio son similares a la de la mayoría de estudios realizados en nuestro entorno con la diferencia de que en nuestro centro, la atención al paciente es realizada durante las diferentes fases del proceso por personal de enfermería (21 Enfermeros), capacitados en el manejo de pacientes ostomizados en diferentes niveles de competencia (Anexo:7 ) y no por una única persona estomaterapeuta como podemos ver en otros centros. Esta situación, así como el bajo número de complicaciones obtenido en nuestro estudio, nos permite deducir el nivel alto de capacitación de los profesionales que atienden a los pacientes de nuestra Área de salud y su alto nivel competencial en el manejo de las Ostomías.

Es destacable de igual forma hablar de la comorbilidad de los pacientes incluidos en nuestro estudio, ya que permiten comprobar su estado basal y la capacidad de influencia que puedan tener dichas patologías en el curso de la enfermedad.

Entre las más frecuentes, se encuentra de forma muy destacada la Hipertensión Arterial, seguida de la diabetes y la presencia de hábitos tóxicos relacionados con el tabaco.

Es el perfil de una población envejecida, con un bajo nivel de estudios, que vive sola y con un alto riesgo de complicaciones que alterarán la calidad de vida de los mismos y en la que pueden ser determinantes, la implantación de intervenciones educativas, en el marco de un programa estandarizado de intervenciones basadas en la evidencia y que permitan una mejor adaptación al proceso adaptación y manejo de su enfermedad.



**OBJETIVO GENERAL: ANALIZAR LA CORRELACION ENTRE  
LAS BUENAS PRACTICAS DE REGISTERED NURSES  
'ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO) Y LOS CUIDADOS DE  
ENFERMERIA DE LA ASCS**

Las intervenciones enfermeras que se realizan al paciente con una colostomía durante su proceso y posterior cuidado, tanto antes como después de la cirugía, deben estar basados en una atención integral al paciente que posibilite la recuperación de su autonomía y autocuidado, así como, conseguir una mayor calidad de vida (Pittman et al., 2009c).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio sobre el nivel de adherencia a las intervenciones enfermeras con más evidencia, según la RNAO, nos permiten identificar, a través de la monitorización en 3 diferentes fases del cuidado al paciente, cual es la situación en la ASCS en relación a la implementación de dichas buenas prácticas basadas en la evidencia científica y desarrolladas en centros referentes en estomaterapia.

Los cuidados enfermeros al paciente con una ostomía digestiva deben comenzar con antelación a la realización del estoma, es decir, de forma coincidente con el momento en el que se decide su realización.

El rol del profesional de enfermería, y sus conocimientos sobre el tema, son de vital importancia en una mejor adaptación a su situación tras el impacto psicológico que va a sufrir el paciente.

Es de gran importancia, disponer de profesionales de enfermería con una formación adecuada, capaces de desarrollar unas prácticas avanzadas de enfermería, con alto perfil competencial en el manejo de las ostomías y con un alto nivel de cualificación en cuanto a juicio experto y autonomía profesional.

Deben poseer habilidades para influir y guiar a otros profesionales de su entorno mediante el asesoramiento y/o la formación, manteniendo unas relaciones interprofesionales fluidas y ejerciendo de consultora cuando sea necesario, con competencias en cuidados en ostomías, guiando y dirigiendo al paciente y su familia en su proceso asistencial, garantizando en todo momento la calidad y seguridad de los cuidados, a la par que integrando las diferencias culturales, como parte de este proceso de abordaje y adaptación a la colostomía.

Además, es necesario que las intervenciones para el manejo del paciente con colostomía estén basadas en la mayor evidencia y hayan sido reconocidas como eficaces en el cuidado del paciente.

Estas recomendaciones recogidas en las guías de práctica clínica, nos permiten identificar aquellas intervenciones enfermeras con mayor evidencia, cuya aplicación y realización proporcionarán un beneficio al paciente y a su familia tanto en adaptación, como en el manejo y autocuidado de la ostomía (Coca, de Larrinoa, Serrano, & García-Llana, 2015c).

Las intervenciones a llevar a cabo en la fase preoperatoria deben contemplar dos aspectos imprescindibles: el apoyo emocional y el asesoramiento técnico. Es necesario proporcionar ayuda al paciente para que pueda entender su diagnóstico y pronóstico, a la vez que proporcionar la enseñanza de habilidades en el cuidado e higiene de su futuro estoma.

Por este motivo, es importante que el paciente tenga la posibilidad de realizar un ejercicio cognitivo previo a la cirugía, intentando incorporar los cambios que se van a producir en su cuerpo, mentalizarse y asumir la situación antes de que se produzca.

La Agencia Sanitaria Costa del Sol, diseñó en el año 2009, un modelo de competencias específicas, de forma pionera en el ámbito

sanitario, donde se habían desarrollado modelos de competencias de carácter transversal o general, que contemplaban específicamente, el manejo del paciente ostromizado en el ámbito hospitalario y ambulatorio.

Este modelo de desarrollo profesional, tiene definidas las competencias de los profesionales de enfermería, para el cuidado y atención del paciente en todos los ámbitos y procesos asistenciales identificados por la Consejería de salud de la Junta de Andalucía, junto con el desarrollo de competencias de seguridad clínica y calidad asistencial.

Para analizar la adherencia en el cumplimiento de intervenciones enfermeras en la ASCS, hemos procedido a su distribuido en tres fases, aglutinando en cada una de ellas, las buenas prácticas más prevalentes y con mayor impacto a nivel de evidencia científica. Estas fases han sido, la Preoperatoria, la Postoperatoria y la Ambulatoria.

Los resultados obtenidos en relación al nivel de adherencia de las intervenciones enfermeras desarrolladas en la ASCS y las buenas prácticas RNAO, muestra un desarrollo dispar en función de las diferentes fases analizadas.

El nivel de cumplimentación en la fase preoperatoria ha sido muy bajo (21%) en relación a los resultados obtenidos en las dos siguientes fases: Postoperatoria 75,29% y Ambulatoria 74,11%.

Llama la atención el escaso nivel de adherencia a las intervenciones enfermeras de alto impacto en la fase preoperatoria, que está condicionada por varios factores:

- La ASCS está realizando un proceso de implementación progresiva de buenas prácticas, que persigue un abordaje integral del paciente ostomizado y la implantación de todas las intervenciones enfermeras propuestas por RNAO, pero que, en estas etapas iniciales, han puesto el acento en la fase postoperatoria y ambulatoria.
- El proceso del marcaje del estoma o el abordaje psicosocial o sexual, elementos de mayor evidencia científica, no se abordan de forma sistemática en la consulta preoperatoria durante el periodo de estudio por las limitaciones presupuestarias, estructurales y formativas del personal.
- No se dispone de un registro enfermero donde se recoja de forma sistemática, las diferentes intervenciones descritas en las buenas prácticas de la RNAO, por lo que, en la mayoría de los casos, el desarrollo de las mismas, no queda reflejado en la historia clínica.

- La formación y cualificación de los profesionales es heterogénea en función de su mapa competencial.

Si hacemos un análisis más pormenorizado sobre las intervenciones evaluadas en la fase preoperatoria, obtenemos una adherencia alta, en la realización de la "*Valoración de enfermería*" (91,4%), aunque hay una menor adherencia en las intervenciones relacionadas con la formación preoperatoria al paciente y a la familia sobre la ostomía, el impacto de la ostomía en la sexualidad y relaciones íntimas, y muy baja adherencia al marcaje de la ubicación del estoma.

Estudios realizados en nuestro entorno (Coca, de Larrinoa, et al., 2015b; De Miguel Velasco, Jiménez Escovar, & Parajó Calvo, 2014), han demostrado como la realización de estas intervenciones mejora la calidad de vida y la adaptación del paciente, permitiendo aumentar el autocuidado.

El estudio cuasi-experimental de Coca, comparó las intervenciones enfermeras, entre dos grupos; identificando como grupo I, al grupo en el que se realizaron intervenciones por enfermeras de práctica avanzada, especializadas en ostomías (EPA), y el grupo II, que fueron tratados por enfermeras no especializadas en ostomías y donde sólo se realizaron intervenciones convencionales. Se evaluó la calidad de vida antes y a los tres meses de la realización de la

colostomía, obteniendo mayor calidad de vida (CVRS) en los que recibieron atención especializada, en comparación con los que no recibieron atención especializada ( $P < 0,05$ ).

Como se ha indicado previamente, una de las intervenciones enfermeras en las que se ha obtenido un menor nivel de adherencia, es el marcaje previo a la intervención quirúrgica, o delimitación del lugar donde realizar la ostomía, con el fin de seleccionar la localización más adecuada.

En este sentido, múltiples estudios, han demostrado que el marcaje preoperatorio del estoma, disminuye considerablemente las complicaciones de piel, estoma y problemas de ajuste del dispositivo (McKenna, Taggart, Stoelting, Kirkbride, & Forbes, 2016b). En este estudio de cohortes, con 59 pacientes a los que se les realizó una colostomía, se les evaluó su calidad de vida y sus complicaciones tras la realización o no del marcaje del estoma.

Se midió su estilo de vida funcional, mediante el cuestionario específico ostomizado Stoma-QoL, en dos momentos, 72 horas antes del alta y a las 8 semanas después del alta, demostrando que la realización de marcaje, tuvo un resultado significativo, mejorando su calidad de vida y disminuyendo las complicaciones relacionadas con las fugas, con los problemas en el piel periestomal ( $P = 0.031$ ).

Los problemas asociados a la ausencia del marcaje pre quirúrgico, crean mayor dependencia física y contribuyen a un afrontamiento ineficaz del proceso de la enfermedad.

En el estudio Stoma life (observacional, descriptivo y prospectivo), realizado en nuestro entorno, con una muestra nacional de 464 pacientes incluidos en 96 centros, en el que se realizó una visita inicial y controles a los seis meses y al año tras la cirugía, los resultados encontraron mayor calidad de vida en aquellos pacientes en los que se realiza la intervención de marcaje del estoma (65,4 vs. 62,96).

Si bien, la diferencia no llega a ser estadísticamente significativa, este hecho nos indica que la realización de un adecuado marcaje del estoma de modo protocolizado e individualizado previo a la cirugía, para asegurar una buena localización del mismo, debería ser realizado en el 100% de los casos, motivo por el que se recomienda que esta técnica se implante en el protocolo preoperatorio.

Otro estudio comparativo de pacientes, Nastro et al.( 2010) realizado en dos grupos: Un grupo donde se hace el marcaje preoperatorio del lugar de ubicación del estoma vs. otro grupo donde no se realiza el marcaje del estoma, encuentra que aquellos en los que no se marcó consideraron que la localización era inadecuada, conllevó



cambios en su vida y provocó más rechazo de su propio estoma a diferencia del grupo en el que sí se eligió el sitio.

De forma coincidente, el marcaje pre quirúrgico del estoma, en el estudio de Miguel Velasco et al.( 2014), identifica como la realización de esta intervención enfermera reduce de forma significativa el riesgo de presentar las complicaciones.

En relación con la calidad de vida y el marcaje del estoma, diversos estudios (Dos Santos Pereira et al., 2012; Bahar Mahjoubi et al., 2009; Martínez, 2015a) destacan las altas puntuaciones obtenidas en los cuestionarios, por aquellos pacientes que acuden a la consulta preoperatoria y a los que se les proporciona la posibilidad de resolver sus inquietudes o dudas. Esto contribuye a un menor impacto de la ostomía a nivel psicológico, físico y social, así como a la aparición de un número menor de complicaciones, en comparación con aquéllos que no lo hacen y no reciben la información y el apoyo emocional correspondiente, de manera que esta visita preoperatoria mejora la calidad de vida en el postoperatorio (Coca, de Larrinoa, et al., 2015c).

Por lo que podemos extraer de nuestros resultados y de la bibliografía, centrada en los beneficios del marcaje del estoma, concluimos que es necesario implementar de forma sistemática esta intervención en la práctica asistencial.

La limitación organizativa y presupuestaria que nos encontramos actualmente y que dificulta que todos los pacientes sean intervenidos en el marcaje, debe suplirse con una determinación estratégica de la dirección del centro, que establezca los mecanismos adecuados para su implantación sistemática, junto con un proceso de formación y capacitación de profesionales, de tal forma que se pueda implementar tanto en el área de hospitalización como en el área ambulatoria.

Este enfoque, centrado en el manejo global y no individualizado, es de manera determinante, uno de los factores facilitadores de un abordaje integral y sistemático, en comparación con aquellos modelos en los que hay un solo profesional cualificado para dicha intervención.

Durante el año 2015 y 2016, se han desarrollado talleres especializados para la capacitación en el marcaje del estoma, dirigidos a profesionales de hospitalización y consultas externas y varios profesionales, han desarrollado y están llevando a cabo, una formación a nivel Master, con la intención de tener un equipo altamente cualificado y con un alto nivel competencial.

La adherencia a las intervenciones enfermeras que la guía describe para fase postoperatoria, se realizan en nuestra muestra de forma más uniforme, es decir que el nivel de adherencia es del 72%,  
249

es decir, 3 de cada 4 pacientes, son atendidos según estas buenas prácticas, o al menos, se registran en la historia clínica, aunque haya algunas que no se quedan reflejadas.

Hemos encontrado en todo caso, diferencias en el cumplimiento de las intervenciones enfermeras realizadas nuestro entorno e identificadas para el postoperatorio por la guía de la RNAO. Podemos destacar una tasa alta (por encima del 80%), de adherencia a la intervención "*realización del plan de cuidados*" mediante la aplicación de metodología enfermera.

Existe una verdadera dificultad de evaluar los resultados de las intervenciones en nuestro entorno. Las limitaciones en el registro de las mismas, condicionan estos resultados. Esto se solucionaría con bases de datos a nivel local o nacional con información sobre resultados enfermeros (además de diagnósticos e intervenciones). Proporcionaría una información muy útil para el desarrollo de políticas sanitarias y fomentaría la participación de la Enfermería en la Planificación Sanitaria, como desde hace tiempo recomienda la OMS.

Si analizamos la tasa de adherencia con la temporalidad (temporales y permanentes), aunque en nuestros resultados no podemos identificar diferencias, algunos autores (García Manzanares, Montesinos Gálvez, de la Quintana Jiménez, & Vaquer Casas, 2015),

han identificado mayor número de diagnósticos de la North American Diagnostic Asociación (NANDA) y mayor número de indicadores de la Nursing Outcomes Classification (NOC), en personas con ostomías temporales que en personas con ostomías permanentes, sin poder decir que sean significativas las diferencias. Entre los diagnósticos enfermeros relacionados con el impacto emocional que el estoma causa en el paciente, destacan el "Trastorno de la imagen corporal", "Temor", "Afrontamiento ineficaz", "Insomnio" y "Duelo".

Otras de las intervenciones que presentan una mayor adherencia con cumplimiento alto (mayor al 80%), es la *"evaluación nutricional"* así como la *"educación sobre el manejo de la nutrición"* que necesita el paciente para el correcto funcionamiento de su colostomía.

Esta tasa de adherencia en nuestros resultados, indica que se realiza una buena educación al paciente sobre el manejo de su nutrición, en consonancia con el estudio de Fulham ( 2008), realizado en pacientes con estomas ( colostomía, ileostomía o urostomía) ,que identifica la importancia de la transmisión de información de los profesionales de la salud que participan en los cuidados, sobre la dieta y la nutrición a los pacientes y a sus cuidadores.

Es importante que los profesionales de la salud que participan en el cuidado de pacientes con colostomía, comprendan que la cirugía del

estoma, cambia los procesos habituales de absorción y excreción nutricional del cuerpo, de manera que se puede proporcionar apoyo informado y consejos sobre la dieta.

Diferentes estudios (Arenas Villafranca et al., 2014; Collins & Sulewski, 2011; Fulham, 2008; Pachocka & Urbanik, 2016) identifican las alteraciones en la nutrición, como una de las complicaciones precoces, que padecen de forma considerable los pacientes hospitalizados, presentando desnutrición o riesgo de padecerla. La detección y seguimiento del estado nutricional de los pacientes con colostomía, debe ser un proceso continuo, comenzando preoperatoriamente y continuando al alta hospitalaria. En el estudio de Culkin, Gabe, & Madden( 2009), se obtienen resultados concluyentes sobre como la intervención educativa individualizada en los pacientes con colostomías y con alteración en la absorción de nutrientes mejora con una intervención educativa.

Esta intervención consistió, en garantizar la disponibilidad y entrega del folleto educativo nutricional ( $P < 0,001$ ) que mejoró y aumentó el conocimiento nutricional del paciente significativamente después de la intervención dietética. Por tanto, podemos decir que es relevante el papel de la enfermera, en la educación para el manejo de la nutrición de los pacientes en el ámbito hospitalario.

En nuestro contexto, el alto nivel de adherencia a las intervenciones centradas en la evaluación, educación y seguimiento nutricional, tienen su éxito en varios aspectos:

- Por un lado, la posibilidad de registrar en la historia clínica de forma sistemática, el desarrollo de dichas actividades.
- Por otro lado, el desarrollo de estrategias coordinadas de evaluación de los pacientes, entre diferentes áreas, como las de farmacia, nutrición, medicina y enfermería.
- La evaluación del cumplimiento de dichas intervenciones a través de objetivos específicos para los profesionales sanitarios.
- El proceso de formación continuada tanto en enfermeros como auxiliares de enfermería, para concienciar y formar en este campo.
- El modelo de competencias específicas de profesionales de enfermería que evalúa estos contenidos de forma periódica.

Cuando todos estos aspectos se unen para permitir alinear las mejores buenas prácticas, con las estrategias del centro para mejorar en este aspecto, conseguimos unos resultados tan satisfactorios.

Encontramos una tasa moderadamente inferior de adherencia a las intervenciones recomendadas por la RNAO en la fase postoperatoria, con una tasa inferior al 80%, en las intervenciones como la *"evaluación del estoma y la piel periestomal"*, el *"uso de una herramienta validada para la evaluación del estoma"*, la *"valoración por el nutricionista"* y las relacionadas con la *"educación tanto del dispositivo como de las complicaciones"*. La disminución en la adherencia a estas intervenciones, determina la estrategia a desarrollar, para aumentar el número de dichas intervenciones o su registro sistemático en la historia clínica dada su importancia, tal y como se describe en la mayoría de los estudios realizados en nuestro entorno (Hernández Fernández, 2011; Nieves & Mañas, 2008; Pat Castillo et al., 2010; Recuero Vázquez, 2016), que identifican la educación y enseñanza sobre el manejo del dispositivo y la identificación de complicaciones fundamentales para mejorar la adaptación del paciente a la nueva situación, por lo que podemos determinar la importancia del papel de la enfermería en la realización de intervenciones educativas para el aprendizaje del paciente y la formación a su entorno .

Estas intervenciones, son identificadas en muchos estudios como de mayor eficacia y efectividad cuando son realizadas por enfermeras de práctica avanzada (EPA) ya que dan respuesta con sus competencias específicas del profesional de enfermería y con prácticas de un alto nivel de evidencia a la atención, a una disminución de la mortalidad y morbilidad, de las complicaciones y los reingresos (Sastre-Fullana et al., 2015).

Es en esta fase postoperatoria, donde se inician las experiencias personales sobre los primeros cambios que se han producido en el cuerpo del paciente, lo que puede generar trastornos de identidad y un comienzo de identificación de limitaciones sociales.

Comienzan las preocupaciones, entre las cuales destacan el miedo al olor, la aparición de ruidos involuntarios y el miedo a como se va a enfrentar a la realización de actividades recreativas o de ocio, por la posibilidad de fugas en la ostomía. Diferentes estudios han profundizado sobre estas experiencias (Bonill de las Nieves, 2008; Cantero Cunalata & Collado Boira, 2016; Montoro et al., 2012) y han identificado, cómo la adaptación mejora con intervenciones enfermeras que desarrollen las habilidades y destrezas en el manejo de la colostomía y permiten incorporar los cuidados para mejorar la calidad de vida.



La tasa de adherencia a las intervenciones que se realizan en la fase ambulatoria, han resultado, con una adherencia mayor al 80% en *"evaluación del estoma"*, *"evaluación de la piel periestomal y la identificación de las complicaciones"*. Sin embargo la *"valoración precoz del estoma"*, y el *"uso de una herramienta validada para la identificación de las complicaciones"* quedan por debajo del 80%.

Diferentes estudios como el de Kalashnikova, Achkasov, Fadeeva, & Vorobiev (2011) dejan de manifiesto que la identificación de las complicaciones de forma precoz y el correcto manejo de las mismas, es lo que permite obtener mejores resultados en la adaptación del paciente a la colostomía y por tanto mejorar su calidad de vida relacionada con el estoma, de forma coincidente con (Arango, 2015; G. Salvadalena, 2008; G. D. Salvadalena, 2013)

Esta baja adherencia en el uso de escalas validadas, como la *"Ostomy Adjustment Scale"* y escalas para la clasificación de las complicaciones precoces y complicaciones tardías, apunta hacia una alta variabilidad en la práctica enfermera (Fernández-de-Maya & Richart-Martínez (2012)), lo cual es debido a que las actividades realizadas por enfermeras, se basan en diferentes aspectos personales y del entorno, y se fundamentan en nivel de especialización, en los años de experiencia y en el tamaño de la organización.

Esto genera diferencias en la prescripción y tratamiento de las complicaciones, que cambia según nivel de estudios, lugar de trabajo y años de experiencia.

Si analizamos los resultados obtenidos, podemos observar que el nivel de adherencia a las intervenciones descritas por la RNAO, es bajo en la fase preoperatoria o moderadamente alto en las fases postoperatoria y ambulatoria. Estos resultados, contrastan con los altos niveles de calidad percibida, que como describiremos posteriormente, se encuentran por encima de la media y con un nivel de complicaciones que se encuentran en la media de los estudios analizados.

Esta situación, nos sugiere una reflexión al hilo de la variabilidad de la práctica enfermera, descrita anteriormente y los resultados clínicos, observando que, si bien no se registran las intervenciones de mayor impacto, los resultados son mejores que en el entorno.

La explicación que podemos encontrar, se centra en varios aspectos de la práctica clínica y la organización de los servicios de enfermería de nuestro centro:

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

- No todos los ítems de las buenas prácticas de la RNAO, se encuentran incluidos en los registros enfermeros. Esto implica un déficit de registro, pero no necesariamente un déficit o ausencia de la intervención, que viene descrita en las competencias profesionales. Realmente, se desarrollan dichas buenas prácticas de alto nivel en la mayoría de los casos.
- Prácticamente, la mayoría de las intervenciones de alto nivel de evidencia, se encuentran incluidas dentro del mapa de competencias específico para el manejo de la ostomía. (Anexo: 7)
- Los profesionales, realizan una formación específica para la adquisición de conocimientos y habilidades en base a estas competencias.
- Existe un plan de formación y desarrollo en el manejo de pacientes ostomizados, que la dirección del centro está implantando en las áreas hospitalarias y ambulatorias y que implica el desarrollo profesionales con una alta cualificación en los diferentes ámbitos.

Es por ello, que podemos concluir, que la variabilidad enfermera se encuentra limitada en nuestra práctica asistencial, gracias al modelo competencial y al proceso de evaluación. Además, los programas de formación desarrollados en este sentido, confluyen en la obtención de resultados de salud satisfactorios. Esto nos plantea pensar, que un modelo de gestión integral del paciente ostomizado, con un alto nivel de cualificación en todos los niveles, puede resultar más beneficioso, que el modelo de consulta monográfica de ostomías, donde un número reducido de profesionales tienen una alta cualificación mientras que el resto de equipo, tiene un escaso soporte formativo, generando esto, posibles complicaciones en el manejo cuando no están los profesionales líderes.

Sin embargo, es fundamental la implementación de un entorno de soporte, a través de programas informáticos, que faciliten la cumplimentación de dichas intervenciones para que se puedan analizar y explotar posteriormente.

El manejo del paciente con ostomía tiene definida una competencia específica para cada uno de los ámbitos de actuación (hospitalaria y ambulatoria), que incorpora una batería de

intervenciones, las cuales hacen referencia a muchas de las buenas prácticas identificadas en la guía de la RNAO.

Además, a esto debemos sumarle el tiempo de experiencia profesional en el manejo de éstos pacientes, que son superiores a 5 años en todos los casos y las horas de formación, que se podrán estratificar de la siguiente forma:

- Nivel experto: Nivel III de competencias: 4-5 profesionales (master, Formación de experto, escuela de pacientes, docencia, formación...).

- Nivel avanzado: Nivel II de competencias. (10 profesionales con más de dos cursos específicos)

- Nivel I, 6 profesionales con formación básica y manejo básico específico de ostomías.

Por tanto podemos identificar la importancia de realizar las intervenciones definidas en las Guías de Práctica Clínica (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, 2009) y las Practicas avanzadas de enfermería(EPA)(Bliss, Westra, Savik, & Hou, 2013; Coca, Fernandez de Larrinoa, et al., 2015; Youngberg, 2007) para el cuidado del paciente ostomizado qué permiten realizar cuidados con la máxima evidencia, cuyo aplicación a lo largo del tiempo permitirá al paciente

minimizar el riesgo de desarrollar complicaciones y mejorar la calidad de vida.

Nuestros resultados totales, en tasa de adherencia, a las intervenciones de la Guía de Práctica clínica de la RNAO, es inferior al 80%, en las tres fases, lo que nos indica la necesidad de mejorar su implantación, registro y realización de las intervenciones enfermeras identificadas, para mejorar el cuidado y atención del paciente con colostomía.

Los resultados de la revisión sistemática de (Recalla et al., 2013a) identifica, como la realización de las intervenciones con más evidencia, en cada fase del proceso de atención al paciente, mejora su cuidado, disminuye las complicaciones y consigue disminuir el impacto en su calidad de vida.

Sí que destaca la tasa de adherencia en la fase postoperatoria cuando se identifica el cuidador ( $P < 0,001$ ), lo que nos indica la importancia que el apoyo familiar y el cuidador tienen en el proceso quirúrgico del paciente y de realización de la colostomía, ya que en esta fase es donde se realizan las intervenciones relacionadas con la educación sobre el manejo del dispositivo, educación sobre las complicaciones y la importancia que tiene el cuidador en el cuidado del paciente.

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

***Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez***

Estos resultados están en consonancia con el estudio de Bonill de las Nieves (Bonill de las Nieves, Hueso Montoro, Celdrán Mañas, Rivas Marín, Sánchez Crisol, Asencio, et al., 2013) que identifica el apoyo recibido por parte de su cuidador ( familiares más cercanos, entre los que se encuentran la pareja, los hijos, las madres y hermanos) como la implicación de la familia en el aprendizaje, es necesario en el proceso de aceptación del paciente y cómo influye el apoyo familiar en el proceso de recuperación tras la cirugía.

## **OBJETIVO GENERAL 2: EVALUAR IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON COLOSTOMIA**

La calidad de vida como concepto amplio, está influenciado por la salud física de la persona, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

En la revisión Cochrane de Pachler & Wille-Jørgensen,( 2012b) se comparó la calidad de vida general de los pacientes con cáncer rectal. Por un lado, aquellos para cuyo tratamiento quirúrgico, durante los últimos años, se ha defendido la realización de una técnica preservadora de esfínteres, -si era técnicamente posible y no comprometiera el resultado oncológico-, comparándola con los pacientes en los que se ha llevado a cabo una resección abdominoperineal. En dicha revisión, se concluyó que no había diferencias aparentes en la calidad de vida entre los dos grupos, evidenciando como el impacto en la calidad de vida no lo genera la realización de la colostomía, sino el diagnóstico, e incluso se entiende la colostomía, como un alivio para el proceso del cáncer.

De igual forma el estudio de Ang et al.,( 2013), tiene en cuenta la variable "diagnóstico Cáncer", como uno de los elementos principales que afectan a la adaptación del paciente, generando un estado de



miedo y preocupación por la reproducción del cáncer. Por otro lado, se ofrece una visión positiva de la colostomía, ya que genera una oportunidad para seguir viviendo (Torquato Lopes & Decesaro, 2014).

En los resultados de nuestro estudio, se refleja que, tras un año de manejo de la colostomía, los pacientes manifiestan de forma mayoritaria una la calidad de vida buena, con una puntuación media de los participantes, que se situó en 70,69, siendo ésta significativamente más alta que la de estudios de nuestro entorno y de fuera de él, como puede evidenciarse en el estudio Stoma Life (Arango, 2015; Collado & García, 2016) con una media de 57,98, o el de Muñoz et al.(2011), que en una muestra con pacientes colo-ileostomizados a medio y largo plazo obtiene una puntuación media de 58%.

Por otra parte, estudios a nivel internacional, como el de Davis et al.,( 2011) que evaluó la adecuación del dispositivo para el cuidado de la colostomía obteniendo puntuaciones del 59,9 en su calidad de vida% o el estudio de Erwin-Toth, Thompson, & Davis (2012) en su estudio en norteamericanos, obteniendo cifras algo inferiores, con un 58,91% en la calidad de vida asociada las fugas en el estoma ( $P < .0001$ ) y en el uso de dispositivos con unas puntuaciones medias de la calidad de vida (56.8 vs 58.9)

Con estos datos, podemos concluir, que la calidad de vida medida en los pacientes colostomizados incluidos en nuestro estudio, es alta.

Los rangos de puntuaciones de nuestra muestra, distribuidos en tres grupos, han sido: "**buena calidad de vida**" (71-100=34.3%) o "**moderada calidad de vida**" (31-70= 36,2%), sin obtener ninguna puntuación de "**mala calidad de vida**", lo cual concuerda con la revisión sistemática de Vonk-Klaassen et al.,( 2016), en pacientes con colostomía de larga evolución, en la que se evalúa la calidad de vida, comparando las puntuaciones de calidad de vida con diferentes herramientas, como el cuestionario MCOH QOLQO (cáncer colorectal) y cuestionario Stoma -Qol (para pacientes con ostomía).

El cuestionario Stoma-Qol, se identifica como más sensible, ya que explora de forma más específica, los aspectos de la adaptación del paciente a la colostomía. Las puntuaciones obtenidas mediante su utilización para medir de calidad de vida oscilan entre (48,8 -72,5) y (38,6-77,7) en muestras similares a la de nuestro estudio (Vonk-Klaassen, Vocht, Ouden, Eddes, & Schuurmans, 2015)

Si bien, es cierto que se relacionan con la falta de independencia del paciente y con la necesidad de ayuda, demuestran que, aunque la colostomía modifica la calidad de vida, ésta a su vez va mejorando a

medida que pasa el tiempo, produciéndose una adaptación muy satisfactoria al año de su realización.

Si nos centramos en las relaciones existentes entre la Calidad de Vida y las variables sociodemográficas en nuestro estudio, nos encontramos con un dato interesante. Hemos observado una relación estadísticamente significativa, entre la calidad de vida y la edad, comprobando que a mayor edad, se percibe una mejor calidad de vida.

Estos resultados, están en consonancia con los publicados por autores como Orsini et al., (2013), que concluyen que la calidad de vida es más alta en pacientes de mayor edad, a pesar de que su función física está afectada su salud mental es mejor , a diferencia de los más jóvenes ,en los que su salud mental es peor pero físicamente están mejor.

Por ello, nuestros resultados nos permiten establecer una relación directa entre la percepción de la calidad de vida y la edad, encontrando que a mayor edad de la población, la percepción de la calidad de vida también se incrementa y se ve mejorada.

Pensamos que esto es debido, a la menor importancia que los pacientes de mayor edad puedan darle a aspectos como la sexualidad, el aspecto físico, o a los cambios en el plano social o personal,

en contraposición con la población menor edad, donde éstos aspectos resultan de vital importancia, teniendo en cuenta que nos encontramos en una sociedad en la que las relaciones sociales y la imagen tienen un gran valor. La alteración en alguno de estos aspectos, puede por lo tanto, provocar un mayor impacto en personas más jóvenes y que dé lugar a una disminución en la percepción de la calidad de vida.

El estudio de Schmidt (Schmidt, Bestmann, Kuchler, Longo, & Kremer 2005), pone de manifiesto, que la edad tiene un impacto en la calidad de vida. En sus resultados, los pacientes mayores de 70 años, se vieron afectados por el deterioro del funcionamiento físico y su salud global y presentaron fatiga. Sin embargo, los pacientes menores de 69 años, experimentaron mayor preocupación emocional, sobre todo debido a la alteración de la función sexual, en especial los del sexo masculino, ya que perciben y valoran más los perjuicios sexuales que los ancianos, que valoran sobre todo los aspectos físicos como factor de empeoramiento en su percepción de calidad de vida.

De ésta forma, los pacientes de menor edad muestran un mayor impacto en su calidad de vida, con una mayor dificultad para adaptar su vida social y personal a la nueva situación (baja autoestima por el cambio en la imagen corporal, estrés, vergüenza).

Estudios nacionales e internacionales, demuestran como los pacientes más jóvenes presentan una alteración de su imagen corporal debido a la colostomía, lo cual tiene impacto en su calidad de vida. De igual forma, los pacientes con edades más jóvenes, presentaron menores puntuaciones en su calidad de vida asociada a cuestiones sexuales, directamente relacionados con la dificultad en la eyaculación (Martínez, 2015a; Muñoz et al., 2011; Schmidt, Bestmann, Küchler, et al., 2005).

La percepción de la calidad de vida está sujeta a un proceso dinámico y al evaluar los factores sociodemográficos como la edad, algunos estudios han demostrado este dinamismo y cambio a lo largo del tiempo.

Así, en el estudio de De Frutos (De Frutos Muñoz et al. 2011), cuando se analiza la calidad de vida en diferentes etapas: antes del proceso de realización de la colostomía, a los 15 días, a los tres y a los seis meses, se obtuvieron resultados significativos, con cambios en las puntuaciones globales del Stoma-QOL observando una progresión positiva de los valores, desde los de peor puntuación en las primeras fases a una mejor puntuación en las fases finales. Por tanto, la percepción de calidad de vida, es peor durante los tres primeros meses tras la cirugía, momento a partir del cual se produce una mejora y se

mantiene entre los tres y seis meses posteriores, obteniendo una percepción de calidad de vida mejor en los más jóvenes.

Otra de las variables sociodemográficas en la que encontramos resultados estadísticamente significativos en relación a la calidad de vida, es el nivel de estudios. La conclusión obtenida, es que cuanto menor es el nivel de estudios, mayor es la percepción de calidad de vida.

A la luz de este hallazgo, podríamos pensar que el bajo nivel de estudios o la no alfabetización, podría ser un factor protector o favorable a una mejor percepción de la calidad de vida. El bajo nivel de estudios, podría derivar en un menor conocimiento de la enfermedad, lo que conllevaría un nivel más bajo de preocupación sobre sus expectativas o pronóstico, pudiendo verse reflejado en el hecho de que el paciente pregunte menos sobre su proceso.

Estos resultados difieren de la mayoría de los estudios en los que a mayor nivel de estudios, mayor calidad de vida, ya que aunque el nivel educativo es considerado como un factor a tener en cuenta en la mayoría de las publicaciones, en ninguno de ellos se considera un condicionante de la calidad de vida de las personas portadoras de una ostomía digestiva.

El estudio de Muñoz et al.( 2011) manifiesta que hay una tendencia a puntuaciones más elevadas en pacientes con estudios medios y superiores .

En el resto de las variables sociodemográficas, no hemos entrado diferencias significativas en relación a la calidad de vida.

Resulta en todo caso interesante reseñar los resultados relacionados con la variable "estado civil" del paciente. Si observamos la distribución de nuestros participantes, la proporción de casados y viudos se encuentra prácticamente equiparada y como se puede observar, el porcentaje de pacientes viudos es bastante elevado. Ésta situación de viudedad, que a priori, podría suponer una dificultad para la adaptación del paciente a su vida y entorpecer el proceso de afrontamiento de la enfermedad, con el consiguiente deterioro de calidad de vida, no se ha visto reflejado a nivel analítico, ya que en ambas situaciones no hay relación estadísticamente significativa con la calidad de vida.

Sin embargo,Pereira,( 2012), en su estudio trasversal realizado en pacientes con estoma intestinal definitivo secundario al cáncer colorectal y su correlación con a la calidad de vida, refiere encontrar puntuaciones peores en todos los dominios de la calidad de vida

(general, físico, psicológico, social y ambiental) en personas sin pareja con respecto a las que sí cuentan con ella.

En referencia a las variables clínicas del estudio, la única relación estadísticamente significativa en relación a la calidad de vida la encontramos en la comorbilidad, en aquellos pacientes que presentan Hipertensión Arterial. Nuestros resultados coinciden con el estudio realizado por Jain (Jain et al. 2007) en el cual se compara la calidad de vida de pacientes ostomizados con y sin comorbilidad, destacando como es inferior en aquellos pacientes que sufren algún otro proceso de enfermedad asociado y se obtienen puntuaciones más bajas en todos los dominios que la forman, especialmente en el psicológico y en el social (Krouse et al., 2007).

Llegado a éste punto, resulta de interés analizar el impacto que tiene en la calidad de vida, el desarrollo de las intervenciones enfermeras con más evidencia científica, descritas en las buenas prácticas de la RNAO.

Nuestros resultados, no muestran un resultado estadísticamente significativo entre dichas intervenciones enfermeras recogidas en nuestros registros y la calidad de vida. No existe relación por lo tanto entre la realización de las intervenciones y la mejora de la calidad de vida.



Esto podría resultar paradójico, ya que dichas intervenciones, deberían incidir en un mejor cuidado y por lo tanto en una mejora de la calidad de vida, pero como hemos descrito anteriormente, no se ha realizado una implementación reglada de dichas buenas prácticas en nuestro centro, a través de los registros específicos de enfermería, por lo que resulta sesgado dicho análisis por dos motivos:

- Porque algunas de dichas intervenciones, no han llegado a implementarse de forma sistemática en la práctica asistencial, por limitaciones organizativas y presupuestarias. Tal es el caso del marcaje preoperatorio y de las intervenciones para el abordaje de la problemática sexual, que son las que mayor nivel de evidencia presentan.
- Otras intervenciones recogidas en las buenas prácticas, no se encuentran reflejadas en los registros de enfermería, aunque si se desarrollan en la práctica ya que forman parte del mapa de competencias de los profesionales, que se evalúa anualmente a través de un proceso de evaluación de conocimientos y de habilidades, realizado tanto por profesionales expertos que evalúan dichas actuaciones en el puesto de trabajo, como por evaluadores que comprueban dichas actuaciones mediante la

evaluación de conocimientos y la revisión de documentación clínica.

La repercusión más directa en este sentido, es que los resultados globales, obtenidos sobre la calidad de vida, son mejores que los del entorno y los hallados en la bibliografía y por lo tanto, hace sospechar, que existan otros factores diferentes al azar, que provoquen dicha mejora.

El alto nivel de desarrollo profesional del equipo de enfermería, evidenciado a través de la evaluación de sus competencias, la actividad docente y formativa y su actividad investigadora, junto con la participación activa en grupos de trabajos con escuelas de pacientes, nos hacen pensar que la baja adherencia a las intervenciones enfermeras de la RNAO, no implica el desarrollo de intervenciones y cuidados de alto nivel por un equipo altamente cualificado, y que por lo tanto, tengan un resultado directamente proporcional sobre la calidad de vida, como así ocurre.

También nos hace reflexionar sobre la necesidad de realizar este mismo estudio, tras la implantación reglada en nuestro centro, a nivel de registros y de intervenciones (marcaje y educación sexual), para que se pueda hablar de forma más acertada de adherencia a dichas buenas prácticas.

Sí que hemos podido comprobar en la bibliografía la relación de las buenas prácticas con la mejora en la calidad de vida, tal y como podemos ver en el estudio de Pittman (Pittman et al., 2009a). En su revisión identifica como las intervenciones enfermeras realizadas en el preoperatorio (educación, información, marcaje) y postoperatorio/ambulatoria (educación, identificación de complicaciones, habilidades y destrezas) presentan diferencias estadísticamente significativas en la calidad de vida. Estos resultados coinciden con diferentes estudios en los que las intervenciones enfermeras mejoran la calidad de vida (Ak, 2013; Brown & Randle, 2005b; Vonk-Klaassen et al., 2016).

El único artículo encontrado que se muestra en contra de realizar una intervención educativa antes de la realización del estoma, es el estudio de Tal ((Tal et al., 2012b)), el cual sugiere que el paciente antes de la intervención se encuentra preocupado por otros aspectos y no por el cuidado del estoma. Consideran que la enseñanza del cuidado de la estoma debe ser práctica y no teórica (como sucede antes de la intervención).

## **Objetivo Específico 2: Describir la utilización de los recursos sanitarios durante un año de seguimiento tras la colostomía y supervivencia**

La estancia hospitalaria de nuestra muestra ha sido de 16,5 días, un resultado algo más elevado que los datos de estudios nacionales realizados nuestro entorno, donde la estancia está entre 4 y 15. En el año 2014, la estancia hospitalaria fue de 11,6 días, por lo que podemos entender que las variaciones en este sentido, son atribuibles a múltiples factores, tanto intrínsecos (comorbilidad, complejidad del proceso...) como extrínsecos (infecciones nosocomiales, complicaciones quirúrgicas, eventos adversos...) al paciente.

Según Danielsen et al. (2013a) en su revisión sistemática, realiza un análisis sobre estudios cuantitativos en los que se ha realizado una intervención educativa individual o grupal. Evaluó la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), el impacto coste-efectivo en días de estancia hospitalaria y reingresos, así como el tiempo en conseguir habilidad en el manejo y conocimiento de la estoma por el paciente y qué relación tiene la educación en cada aspecto.

Utilizó como herramienta de medida de la calidad de vida, el instrumento específico para pacientes ostomizados (Stoma -QoI) y otro

para medir la calidad de vida relacionada con la salud (SF-36), obteniendo mejores puntuaciones en ambos cuestionarios, cuando se realizaban dichas intervenciones educativas. Además, las intervenciones educativas estructuradas de enfermería, disminuyeron los costes por ingreso en estancias en 2 días y revisiones postoperatorias en 7 días.

Debido a la diversidad de intervenciones educativas que se realizaron (individuales y grupales), y los diferentes momentos en que se evaluaron (antes, durante o después de la estancia hospitalaria), sus resultados no son comparables y no llegan a ser concluyentes, pero si podemos concluir de forma aislada, que parecen tener un efecto positivo en la calidad de vida, así como en la disminución del coste, garantizando además un mejor el manejo del estoma (Danielsen et al., 2013b).

Otro estudio aleatorizado realizado en Reino Unido realizado por Chaudhri ((Chaudhri et al., 2005)), ha demostrado que la realización de una intervención educativa en el paciente con estoma, puede ser más efectiva si se realiza en el preoperatorio y además se traduce en la disminución de los tiempos necesarios garantizar el manejo de estoma, menor número de complicaciones, llegando incluso a reducir la estancia hospitalaria postoperatoria en casi dos días.

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

En este sentido, diferentes estudios avalan la necesidad de realización de cuidados por enfermeras con alta especialización en el cuidado de paciente con ostomías, como ya se ha descrito con anterioridad, aplicando alta especialización e implantando las EPA.

El estudio retrospectivo de Harris (Harris & Shannon, 2008b), sobre el coste-efectividad en el cuidado de las ostomías, demostró que la realización de intervenciones por enfermeras con alta cualificación (Enfermería de prácticas avanzadas), está asociado a menores costos generales debido principalmente a la reducción del tiempo del cierre total de la herida y a la disminución de las visitas del paciente de 95 vs 45 días y mayor ahorro en costes de 9578.00 \$ vs 5927.00\$.

En cuanto a la media de frecuentación de consultas, los resultados obtenidos en nuestros estudios son: Consultas en atención especializada: 5,55 consultas de seguimiento; Consultas de urgencias: 0,37 consultas; y Atención primaria: 0,46 consultas. Nuestros resultados no contemplan una visita preoperatoria en las consultas identificadas y evaluadas.

Por tanto, los resultados de la frecuentación están divididos entre consultas Hospitalarias, consultas de urgencias y Atención Primaria.

Podemos identificar que la mayor frecuentación se desarrolla en la consulta hospitalaria, ya que para el paciente supone la máxima

aproximación al personal de enfermería con alta competencia y cualificación. La frecuentación en urgencias aunque es baja, sí que se puede ver como es más numerosa tras el alta hospitalaria cuando el paciente está más inseguro sobre el cuidado y manejo del estoma.

También hemos obtenido resultados significativos en la tasa de adherencia a las intervenciones en la fase preoperatoria y su relación con la frecuentación de consultas, aunque en sentido inverso. La correlación inversa, puede indicarnos que cuanto mayor es la adherencia a la realización de las intervenciones en la fase preoperatoria, mayor es la frecuentación del paciente a sus revisiones en la consulta. Esto puede ser debido al desarrollo en esta fase inicial de una fidelización o vínculo del paciente con la enfermería, que cuanto más intervenciones en el paciente realiza más lo implica en sus revisiones.

Es interesante reseñar el estudio de Coste –Efectividad, de Martínez,( 2015b) en el que se realizaron evaluaciones económicas completas, en las que el coeficiente coste-efectividad se expresa como coste por año de vida ajustado por calidad (AVAC). Se dividieron en dos grupos a los pacientes, según acceso a enfermera especializada o no. Este estudio ha demostrado, que el coste por AVAC que resulta de la atención sanitaria sin la enfermería especializada, es muy superior a

esa cifra de 30.000 dólares considerada coste- efectivo, y por tanto, se debería por parte de las autoridades sanitarias, implementar esta tipo de atención con enfermeras de alta cualificación (EPA) accesibles al paciente.

Si analizamos el número de revisiones de enfermería totales, que el estudio del instituto Antae describe (12 consultas totales. 3 de ellas preoperatorias) y tenemos en cuenta el número de consultas postoperatorias que desarrollan, 9 visitas, en comparación con las 5,5 visitas que se han obtenido en nuestro estudio, podemos concluir que el nivel de efectividad y eficiencia del proceso enfermero en nuestro centro es muy alto.

Se reducen en un tercio el número de consultas de enfermería, resolviendo de forma adecuada el proceso y generando niveles de calidad de vida superiores a la media, lo que nos permite deducir, que el modelo de cuidados desarrollado en la ASCS, permite un abordaje integral y efectivo de los pacientes ostomizados. En todo caso, este modelo, va en la línea de lo descrito por el estudio Antae, donde se promueve el cuidado con profesionales expertos, tal y como ocurre en nuestro centro, pero realizándose este cuidado experto en todas las áreas del centro, ya que nivel de competencias y formación de gran parte de los profesionales, es alto.



Surge de nuevo la discrepancia de la discreta tasa de adherencia a las intervenciones, sobre todo en la fase preoperatoria, con los satisfactorios resultados de salud, lo que nos conduce de nuevo a pensar que dicha adherencia está supeditada a los procesos de inclusión de las intervenciones en los registros de enfermería de forma sistemática.

### ➤ **Supervivencia de nuestra muestra**

La supervivencia del paciente con cáncer de colon en nuestro país, según estudios recientes, es superior a la media europea, que es del 50% a los 5 años (Céspedes Moncada & Castellanos Sierra, 2014).

La estimación de supervivencia en nuestro grupo de estudio ha sido de 20,71 meses. Si bien nuestros resultados son coincidentes con estudios similares a los realizados en nuestro entorno (Ruiz-Ramos, Escolar Pugilar, & Hermosa Bono, 2005b) en pacientes con diagnóstico Cáncer colorectal, podemos concluir que la supervivencia no tiene una relación con la colostomía, sino con el diagnóstico cáncer colon rectal. En este sentido la supervivencia presenta relación directa con las medidas de prevención (primaria y secundaria) y tratamiento precoz del Cáncer colorectal que se promuevan en los sistemas sanitarios, así

como al manejo y tratamiento de la comorbilidad asociada.(Borràs, Pareja, Peris, & Espinàs,).

Sin embargo el estudio de Agüero et al., 2012 , identifica como los pacientes con cáncer rectal que se sometieron a cirugía en hospitales de alto volumen, tuvieron menos probabilidades de tener una colostomía permanente y tenían mejores tasas de supervivencia que los pacientes tratados en hospitales de bajo volumen. De esta forma se puede concluir que la identificación correcta de los procesos de atención (diagnóstico, tratamiento y cuidados especializados) contribuye a disminuir las diferencias entre hospitales mejorando los resultados y las tasas de supervivencia.

**Objetivo Específico: DESCRIBIR PERFIL SOCIO-  
DEMOGRÁFICO DEL CUIDADOR E IDENTIFICAR LA  
SOBRECARGA.**

El rol de cuidador del paciente con cáncer de colon, como enfermedad crónica, impone muchas demandas al entorno familiar y al sistema familiar. Estas necesidades y su complejidad y prolongación en el tiempo, varían dependiendo de la severidad del proceso de la enfermedad, del grado de incapacidad que genere y del tipo incapacidad y de la percepción interna o externa de la deformación (colostomía).

Algunos de los resultados generales obtenidos en nuestro estudio para identificar el perfil del cuidador informal del paciente con Cáncer colorectal y con colostomía permanente, coinciden con otros estudios realizados en otras poblaciones parecidas (Pabón-Varela et al., 2015).

Las características principales del perfil sociodemográfico del cuidador del paciente ostomizado, extraídas de los resultados de nuestro estudio, nos muestra un perfil de mujer, con una edad no muy avanzada, entorno a los 63 años y que en su mayor porcentaje, es la pareja del paciente y está jubilada.

Esta caracterización de la muestra coincide con en el estudio de Rogero (Rogero-García, 2009), en cuyos resultados identifican el sexo femenino como el responsable de la realización del cuidado informal de forma bastante generalizada.

Si bien, en nuestro estudio no podemos destacar una significación estadística en nuestros resultados, en cuanto al índice de sobreesfuerzo del cuidador, debemos buscar otros factores que sean responsables del desgaste que se produce por el tiempo que se permanece cuidando, la inseguridad que genera el realizar cuidados, el nivel de responsabilidad por las características del proceso, la no existencia de ayudas externas que ayuden a descargar y proporcionen asesoramiento, etc....

En el estudio Antae 2014, en su análisis coste efectividad, compara en sus resultados, el coste del cuidado cuando el paciente es atendido o no por una enfermera con alta cualificación y especialización, y ha dejado evidenciado como el cuidado informal se apoya en los familiares y entorno más cercano del paciente amigos, vecinos.

El número de horas semanales que requieren en el estudio, ambos grupos, varía según a la atención recibida por el paciente,

siendo el grupo que no está en contacto con una enfermera especializada el que requiere más horas de cuidado semanales totales y de ésta forma, del cuidado informal.

Por otro lado, parece que la no realización de intervenciones enfermeras identificadas que involucran al cuidador, por ejemplo en la educación, tal y como se recomienda en los modelos de atención a pacientes médico-quirúrgico (LeMone & Burke, 2009) y en las recomendaciones de las guías de práctica clínica para el cuidado del paciente con ostomía RNAO (Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario, 2009) genera impacto en el cuidador por generar inseguridad y desconfianza en el cuidado.

Teniendo en cuenta la importancia de la incorporación del cuidador dentro del proceso cuidados al paciente ostomizado, resulta interesante resaltar que una parte de las intervenciones con menor adherencia a las buenas prácticas dentro de nuestro entorno, tienen que ver con aquellas en las que es necesario aportar educación sanitaria sobre el manejo del estoma y sobre la identificación de complicaciones, y que estos procesos requieren de una atención especial por nuestra parte para reforzar el cumplimiento de las mismas y la implicación de los cuidadores.

Esto pone de manifiesto la necesidad de un soporte de cuidados al paciente con colostomía por parte de su entorno, ya que sin llegar a tener un nivel alto de dependencia, necesitan por parte de su cuidador, haber adquirido la enseñanza sobre cuidados hábiles y con destreza, situación que expone a su cuidador al desgaste como manifiesta en su afectación emocional.

En los datos que nos ofrece Rogero (Rogero-García, 2009), que ha abordado el perfil del cuidador en pacientes con CCR y colostomía, coincide con nuestros datos en cuanto al género, al igual que el estudio efectuado por García (García-Calvente, Mateo-Rodríguez, & Maroto-Navarro, 2004), que identifica el rol femenino en el cuidado informal, pues quien realiza la labor de cuidar a sus familiares en el hogar es una mujer, generalmente hija, esposa y/o hermana, considerando por sus edades en sí mismas que deberían ser objeto de acciones preventivas para evitar el desarrollo de enfermedades crónicas, físicas o psicológicas, derivadas de la sobrecarga que significa estar presente para otro y desarrollar el cuidado permanente de otro, considerando además como muchas de esta cuidadoras llevan ejerciendo esta tarea desde hace 10 años y más, sin haber recibido educación ni la formación para brindar estos cuidados, que les ocupan una gran cantidad de horas del día, además de que de forma paralela deben de realizar otras actividades de ama de casa, ya que además la mayoría vive en pareja.

Esto probablemente se explica por los roles que tradicionalmente han sido asignados a las mujeres, cultural y socialmente.

En cuanto a la edad media del cuidador, nuestros resultados difieren de otros estudios de nuestro entorno, como el de (Vega Angarita & González Escobar, 2009) , cuya edad es algo mayor o incluso superior. La razón puede estribar en varios factores, tales como el "tipo" de paciente, cardiópata (nivel funcional II/III) que es de mayor edad así como la de su cuidador-familiar. Además hay poca literatura, comparable para el paciente con colostomía, debido a que la mayoría corresponde a pacientes altamente dependientes o con demencia o Alzheimer.

El Estudio de cohortes de Timonet Andreu (2014), sobre los efectos de la complejización del proceso en pacientes con insuficiencia cardíaca y sus cuidadores, identificó como el cuidador familiar en pacientes con cronicidad y moderada dependencia, es femenino y cómo presentan una mayor sobrecarga a medida que avanza la enfermedad y reflejan una salud mental deteriorada. Sin embargo, nuestra muestra de pacientes no presenta alta dependencia, pero aunque no hemos identificado significación estadística, podemos ver al igual que en su estudio, como al explorar en el cuidador principal, se observan manifestaciones que se asocian a la responsabilidad del cuidado y que

prolongado en el tiempo, pueden llegar a generar situaciones como la depresión o cuadros de ansiedad en la persona cuidadora del paciente con colostomía.

La pérdida en el rol centrado en la vida sexual en el cuidador el paciente con colostomía, no llega a tener significación en nuestra muestra, pero puede ser debido a que explorar el ámbito sexual necesitaría de una investigación cualitativa (McMullen et al., 2014), que no se ha realizado en el presente estudio.

Algunos estudios internacionales como el de Palma et al.,(2012b) y Cotrim & Pereira ( 2008b), que han evaluado la calidad de vida del cuidador y su sobre carga por el cuidado, indican que la calidad de vida de los cuidadores de paciente con colostomía es deficiente. Es por tanto que existe una carga de responsabilidad por proporcionar cuidados debido a la colostomía lo cual afecta y genera modificaciones en los hábitos básicos de la vida familiares.

Aunque, nos encontramos con un paciente no dependiente, sí que se observa como la funcionalidad media del paciente está limitada por la presencia de la colostomía, por la presencia de falta de destreza o deficiencias visuales o habilidades y son los cuidadores habituales los que han presentado una relación de mayor sobreesfuerzo, a mayor deterioro funcional o mayor limitación a la actividad, lo que apunta a



un posible mayor riesgo de sobrecarga subjetiva (Simmons, Smith, Bobb, & Liles, 2007) o un riesgo de deterioro de su salud mental en el rol de cuidador según va progresando la enfermedad, al igual que otros cuidadores analizados en otros estudios (Suess et al., 2006). Serían necesarios más estudios prospectivos en este tipo de pacientes y sus cuidadores para confirmar esta posible secuencia causal (Tirado-Gómez & Mohar-Betancourt, 2008; Viñes, Ardanaz, Arrazola, & Gaminde, 2003).

Podemos concluir que si bien la sobrecarga del cuidador es moderada, la afectación de su calidad de vida es alta y esto implicaría desarrollar intervenciones que por un lado, faciliten herramientas en el cuidado efectivo del paciente, y por otro lado, permitan establecer un entorno agradable al cuidador con el objetivo de reducir el impacto psicológico que esto implica.

Hay que destacar de forma clara, el buen soporte socio familiar que presentan tanto los pacientes como los cuidadores.

## **12. LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

La medición de la calidad de vida ha sido realizada sólo una vez, al año de la realización de la colostomía y no tenemos datos de la calidad de vida previa del paciente. Esto podría haber influido en los resultados, ya que la calidad de vida percibida previa nos permite poder comparar y observar la evolución de la misma en el transcurso del año tras la colostomía. No obstante, si se querían tener datos de la CVRS de los pacientes con colostomía y de cómo es el cuidado enfermero que se presta en nuestro entorno en la actualidad no había otra opción que incluir pacientes retrospectivos y hacer la medición de la calidad de vida un año después.

En sucesivos estudios, se puede explorar la calidad de vida del paciente, efectuando la inclusión de pacientes con y sin colostomía y realizando un cuasi experimental con un grupo control, para evaluar la eficacia de determinadas intervenciones enfermeras y poder concluir de forma real su eficacia.

También es una limitación para poder sacar conclusiones definitivas, por los diferentes instrumentos utilizados en la literatura para medir la calidad de vida y los diferentes tipos de estudio (retrospectivo o prospectivo) y las diferentes consideraciones que cada

estudio tiene sobre los períodos de tiempo cuando aborda el postoperatorio (postoperatorio temprano o tardío).

La falta de investigación valiosa y fiable de enfermería es todavía evidente en varias áreas y esto se evidencia en la falta de estudios de intervención en diversas especialidades de enfermería. Hay un uso prominente de estudios descriptivos dentro de la enfermería lo que genera evidencia que se considera baja en el continuo de pruebas, aunque algunos han afirmado que las pruebas desarrolladas por la investigación experimental (ensayos controlados), revisiones sistemáticas y meta-análisis puede no ser adecuado o no está disponible para áreas específicas de la práctica de enfermería. Esto puede ser cierto en cierta medida. Sin embargo, todavía hay un déficit de pruebas de alto nivel en muchas áreas de enfermería, incluso en áreas donde la investigación experimental se deba hacer. Las guías de práctica clínica, presentan recomendaciones que figuran en la guía. Todas las buenas prácticas menos dos de ellas, están clasificados en el nivel C (el más bajo grado de pruebas basada en la opinión de expertos). Esto implica las decisiones del personal para no aplicar las recomendaciones descritas en la guía, por lo tanto se necesita una mayor motivación para hacer uso de los resultados de la investigación

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

en la práctica y esto será más probable si las GPC se basan en la evidencia válida y robusta.

Una de las ventajas que tiene este estudio es la recogida de datos, ya que ha sido realizada por profesionales expertos tanto en el cuidado de pacientes con colostomía como en el cuidado de pacientes con cáncer de colon y con colostomía permanente.

La evolución de los cuidadores se ha seguido en un período de 12 meses y la dificultad que se nos ha presentado para identificar al cuidador. Es necesario realizar más estudios que con cuidadores en pacientes con cáncer de colon y con colostomía, con estudios de corte longitudinal, con períodos que vayan más allá de los 18-24 meses y así poder identificar los riesgos que tienen al desempeñar este rol en un periodo de tiempo más amplio, utilizando incluso investigación cualitativa que permita profundizar y explorar su experiencia.

El nivel cultural de pacientes ha sido de un perfil medio-bajo y, por tanto, la validez externa de estos resultados podría estar comprometida si se quieren extrapolar los mismos a poblaciones con distinta distribución de niveles culturales.

Igualmente, en áreas de Atención Especializada donde tengan instaurados cuidados especializados, con una consulta monográfica especializada realizada por EPA, estos resultados en niveles de

cuidados y nivel de conocimientos del paciente y cuidador difieran y serían necesarios estudios comparativos para identificar diferencias en estos resultados en función de la adherencia en las intervenciones enfermeras, realizando monitorización y seguimiento del paciente en el proceso de aprendizaje y autocuidado.

El desarrollo de una herramienta validada que permita identificar el nivel de autocuidado que presenta el paciente y que permita identificar y planificar de una forma focalizada las intervenciones en las que hay que profundizar para mejorar su nivel de independencia.

Las limitaciones centradas en el progresivo proceso de implantación de la guía de buenas prácticas de la RNAO en nuestra área, ha generado deficiencias de registro, al no estar incluidas en los registros las intervenciones a realizar de forma preestablecida. Esto facilitaría la identificación de las mismas y la cumplimentación, así como su posterior verificación y explotación.

## **13. CONCLUSIONES**

**Primera.-** La calidad de vida percibida por los pacientes con cáncer de colon, tras un año de evolución de su enfermedad y de haber realizado una colostomía, es alta. Estos resultados coinciden con otros estudios que manifiestan una mejora progresiva en la calidad de vida según avanza la enfermedad, entendiendo el momento del diagnóstico y tratamiento quirúrgico como los momentos de mayor deterioro.

**Segunda.-** La calidad de vida percibida por los pacientes con cáncer de colon atendidos en la Agencia sanitaria Costa del Sol, es mayor que la media de los estudios publicados. Utilizando el mismo instrumento de evaluación, la media de puntuación de calidad de vida en nuestro entorno es de 70 puntos sobre 100, mientras que la media de otros estudios está en torno a 60 puntos.

**Tercera.-** El perfil sociodemográfico de los pacientes con cáncer de colon de nuestro estudio, coinciden con los resultados encontrados en la bibliografía.

**Cuarta.- La edad es un factor determinante en la percepción de la calidad de vida. A mayor edad, el paciente tiene una percepción más satisfactoria de su calidad de vida.** Esto puede deberse a que presentan menos expectativas sobre aspectos centrados en sus relaciones sociales, su imagen corporal o su vida sexual.

**Quinta.- El nivel de estudios, es un factor determinante en la percepción de la calidad de vida. Los pacientes con menor nivel de estudios, presentan una mejor percepción de la calidad de vida.** Esto puede deberse a que los pacientes con mayor nivel de conocimientos, tiene más información sobre la evolución y pronóstico de la enfermedad, y esto puede generar un mayor nivel de preocupación. En la bibliografía no se encuentra una relación significativa entre estos dos factores.

**Sexta.- La Hipertensión Arterial, presenta una relación significativa en relación a la calidad de vida.** Los pacientes con cáncer de colon, al tener una edad más avanzada, suelen tener un mayor número de enfermedades asociadas. Entre las más habituales, la hipertensión arterial. Los pacientes con mejor calidad de vida, presentan mayor incidencia de dicha patología, aspecto que está vinculado a la edad.

**Séptima.- La adherencia a las buenas prácticas es baja en todas las fases analizadas, y especialmente en la fase preoperatoria.** Limitaciones organizativas, estructurales y presupuestarias, han impedido que algunas intervenciones de impacto, no se lleven a cabo de forma sistemática al no haber una consulta preoperatoria. Tal es el caso del marcaje del estoma o del asesoramiento sexual.

**Octava.- La presencia del cuidador principal, es determinante en el posoperatorio y en la adherencia a las buenas prácticas enfermeras.** El alto nivel de cuidadores identificados, nos hace pensar que posteriormente, el paciente va a tener un soporte social y familiar, suficiente para mejorar el afrontamiento de su enfermedad. Las características de la región, potencian estas relaciones de apoyo y soporte que en otras áreas son más difíciles de encontrar.

**Novena.- Las complicaciones que han presentado los pacientes de nuestro estudio, son ligeramente inferiores que la media sin resultar significativas.** 34% vs 40%



**Décima.- El perfil profesional de los enfermeros/as de la ASCS, muestra un desarrollo avanzado de las prácticas enfermeras en el manejo del paciente ostomizado.** Todos los profesionales tienen un mapa de competencias específico para pacientes ostomizados, con diferentes niveles de desarrollo, que incluye un programa de formación en el que encontramos varios profesionales con un nivel de expertía en ambas áreas hospitalarias. El desarrollo de buenas prácticas por parte de profesionales altamente cualificados, va a reducir el número de complicaciones y mejorar la calidad de vida del paciente, resultando costo eficientes en el resultado.

**Undécima.- El modelo de desarrollo profesional abordado en la ASCS, ha permitido buenos resultados en calidad de vida y disminución de complicaciones, junto con un uso eficiente de los recursos.** Este modelo, donde se prima un abordaje global del paciente, con profesionales expertos en todas las áreas, permite analizar el modelo de consulta especializada existente en otros centros, donde un solo profesional centraliza las intervenciones más específicas.

**Duodécima.- La implantación progresiva de las buenas prácticas descritas en la Guía de Práctica clínica de la RNAO, no se ha llevado a cabo en su totalidad en la ASCS,** lo que implica que algunas de las intervenciones no se hayan implementado y que otras, no se registren de forma sistemática debido a la limitación de los registros.

**Decimotercera.- Las limitaciones informáticas para el registro de las intervenciones, dificulta tener una lectura más precisa de las intervenciones que se desarrollan y analizar su impacto.** La inversión en este aspecto tanto a nivel local como a nivel general, facilitaría la comparación y el análisis de los datos.

**Decimocuarta.- La procedencia del paciente, es decir, si la intervención es urgente o programada, es un factor determinante en el desarrollo de intervenciones enfermeras de impacto y por lo tanto en la adherencia a las buenas prácticas.** Cuando la intervención es urgente, dejan de realizarse intervenciones de gran importancia para el paciente, debido al escaso tiempo para poder llevarlas a cabo.

**Decimoquinta.- Es necesario el desarrollo de estudios de mayor impacto que verifiquen la importancia de las intervenciones enfermeras en los resultados de salud de los pacientes.** La mayoría de estudios son de carácter observacional.

**Decimosexta.- El análisis sociodemográfico del cuidador del paciente ostomizado, nos muestra un perfil de mujer, con una edad no muy avanzada, y que en su mayor porcentaje, es la pareja del paciente y está jubilada.**

**Decimoséptima.- El cuidador principal no ha presentado una sobrecarga de cuidados, pero si manifiesta una alteración en su calidad de vida.** Las intervenciones educativas deben integrar al cuidador y facilitarle herramientas para mejorar dicha calidad de vida.

**Decimooctava.- La estancia hospitalaria durante el periodo de estudio, es ligeramente superior a la media.** En años anteriores fue inferior, lo que puede hacer pensar en múltiples factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al paciente, que determinen este dato y en la necesidad de hacer un análisis específico en futuros estudios.

**Decimonovena.- El modelo de gestión de cuidados de la ASCS se muestra costo-eficiente en cuanto a la atención ambulatoria.** La frecuentación a las consultas especializadas, ha sido inferior a la media, incluidas aquellas situaciones donde se desarrolla una atención con enfermería de práctica avanzada. Las complicaciones han sido similares a la media y la calidad de vida superior, por lo que este modelo se muestra como muy satisfactorio.

**Vigésima.- Las consultas ambulatorias especializadas, aglutinan la gestión de cuidados de los pacientes posoperatorios, con una mínima intervención en consultas urgentes y de atención primaria.** El paciente identifica a los profesionales hospitalarios de Consultas Externas, como los profesionales de referencia dentro del proceso, cuando han sido dados de alta. En este entorno, se desarrolla un programa de educación sanitaria diseñado para estos pacientes.

## **14. BIBLIOGRAFIA**

- Agüero, F., Murta-Nascimento, C., Gallén, M., Andreu-García, M., Pera, M., Hernández, C., ... Macià, F. (2012). Supervivencia del cáncer colorrectal: resultados de un registro hospitalario. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 104(11), 572-577.
- Aguilar, C., & Teresa, M. (2013). Epidemiología del cáncer en Andalucía entre 2001 y 2011.
- Ak, D. (2013). Life after stoma creation. *Danish Medical Journal*, 60(10), B4732-B4732.
- Amar Amar, J., Martínez González, M., & Utria Utria, L. (2013). New approach to health considering the resilience. *Revista Salud Uninorte*, 29(1), 124-133.
- Amar, J., Martínez, M., & Utria, L. (2013). Nuevo abordaje de la salud considerando la resiliencia. *Salud Uninorte*, 29(1), 124-133.
- Ang, S. G., Chen, H.-C., Siah, R. J., He, H.-G., & Klainin-Yobas, P. (2013). Stressors relating to patient psychological health

following stoma surgery: an integrated literature review. *Oncol Forum Enferm*, 40(6), 587–94.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11–18.

Arango, A. L. V. (2015). Estudio «Stoma Life» . Calidad de vida en los pacientes ostomizados un año despues de la cirugía. *Hacia la promocion de la salud*, 9(1), 33–44.

Arenas Villafranca, J. J., Abilés, J., Moreno, G., Tortajada Goitia, B., Utrilla Navarro, P., & Gándara Adán, N. (2014). [High output stoma: detection and approach]. *Nutricion Hospitalaria*, 30(6), 1391-1396. <https://doi.org/10.3305/nh.2014.30.6.7894>

Asencio, M., & Miguel, J. (2004). Investigación de Resultados en Enfermería: El camino hacia la efectividad de los cuidados. *Index de Enfermería*, 13(44-45), 37-41.

Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. (2009). Cuidado y manejo de la ostomía. Guías de buenas prácticas clínicas.

Baxter, N. N., Novotny, P. J., Jacobson, T., Maidl, L. J., Sloan, J., & Young-Fadok, T. M. (2006). A stoma quality of life scale. *Diseases of the colon & rectum*, 49(2), 205–212.

- Beck, M., & Justham, D. (2009). Nurses' attitudes towards the sexuality of colorectal patients. *Nursing standard*, 23(31), 44–48.
- Becker, A., Schulten-Oberbörsch, G., Beck, U., & Vestweber, K.-H. (s. f.). Stoma Care Nurses: Good Value for Money? *World Journal of Surgery*, 23(7), 638-643.  
<https://doi.org/10.1007/PL00012361>
- Black, P. K. (2004). Psychological, sexual and cultural issues for patients with a stoma. *British Journal of Nursing*, 13(12).
- Bliss, D. Z., Westra, B. L., Savik, K., & Hou, Y. (2013). Effectiveness of Wound, Ostomy and Continence-Certified Nurses on Individual Patient Outcomes in Home Health Care. [Miscellaneous Article]. *Journal of Wound*, 40(2), 135-142.  
<https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182850831>
- Bond, T., & Fox, C. M. (2015). *Applying the Rasch model: Fundamental measurement in the human sciences*. Routledge.
- Bonill de las Nieves, C. (2008). Las dos caras de la enfermedad: experiencia de una persona ostomizada. *Index de Enfermería*, 17(1), 58–62.

- Bonill de las Nieves, C., Hueso Montoro, C., Celdrán Mañas, M., Rivas Marín, C., Sánchez Crisol, I., Asencio, M., & Miguel, J. (2013). Viviendo con un estoma digestivo: la importancia del apoyo familiar. *Index de Enfermería*, 22(4), 209-213.
- Borrás, J. M., Pareja, L., Peris, M., & Espinàs, J. A. (2008). Análisis de la incidencia, la supervivencia y la mortalidad según las principales localizaciones tumorales, 1985-2019: cáncer colorrectal. *Medicina clínica*, 131, 58-62.
- Botello, B., Palacio, S., García, M., Margolles, M., Fernández, F., Hernán, M., ... Cofiño, R. (2013). Methodology for health assets mapping in a community. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 180-183.
- Bowling, A. (1997). *Measuring health: a review of quality of life measurement scales* (2nd ed). Buckingham ; Philadelphia: Open University Press.
- Brito R., J., Jiménez V., K., Tolorza L., G., Siqués L., P., Rojas P., F., & Barrios P., L. (2004). Impacto de la ostomía en el paciente y su entorno. *Rev. chil. cir*, 56(1), 31-34.
- Brown, H., & Randle, J. (2005a). Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of clinical nursing*, 14(1), 74-81.



- Brown, H., & Randle, J. (2005b). Living with a stoma: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 14(1), 74-81.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.00945.x>
- Buchan, J., & Calman, L. (2004a). *Implementing nurse prescribing: an updated review of current practice internationally*. ICN-International Council of Nurses.
- Buchan, J., & Calman, L. (2004b). The global shortage of registered nurses: An overview of issues and actions. *ICN, Geneva*.  
Recuperado a partir de <http://eprints.soton.ac.uk/366546/>
- Campillo Martínez, J. (2015). Estudio «Stoma Life». Calidad de vida en los pacientes ostomizados un año después de la cirugía. *Metas de Enfermería*, 18(8), 25-31.
- Canova, C., Giorato, E., Roveron, G., Turrini, P., & Zanotti, R. (2013a). Validation of a stoma-specific quality of life questionnaire in a sample of patients with colostomy or ileostomy. *Colorectal Disease*, 15(11), e692-e698.  
<https://doi.org/10.1111/codi.12324>

- Cantero Cunalata, M. L., & Collado Boira, E. J. (2016). Factores determinantes en la adaptación del paciente portador de ostomía y la importancia del estomaterapeuta. Recuperado a partir de <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/154846>
- Carlsson, E., Berndtsson, I., Hallén, A.-M., Lindholm, E., & Persson, E. (2010). Concerns and quality of life before surgery and during the recovery period in patients with rectal cancer and an ostomy. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 37(6), 654–661.
- Carlsson, E., Fingren, J., Hallén, A. M., Petersén, C., & Lindholm, E. (2016). The Prevalence of Ostomy-related Complications 1 Year After Ostomy Surgery: A Prospective, Descriptive, Clinical Study. *Ostomy/wound management*, 62(10), 34.
- Castells, A., Marzo-Castillejo, M., Mascort, J. J., Amador, F. J., Andreu, M., Bellas, B., ... others. (2009). Guía de práctica clínica. Prevención del cáncer colorrectal. Actualización 2009. *Gastroenterología y hepatología*, 32(10).
- Castledine, G. (2004). The importance of the nurse-patient relationship. *British journal of nursing*, 13(4), 231–231.

- Céspedes Moncada, A., & Castellanos Sierra, G. (2014). Supervivencia en pacientes operados de cáncer colorrectal. *MediSan*, 18(11), 1576–1583.
- Chaudhri, S., Brown, L., Hassan, I., & Horgan, A. F. (2005). Preoperative Intensive, Community-Based vs. Traditional Stoma Education: A Randomized, Controlled Trial. *Diseases of the Colon & Rectum*, 48(3), 504-509. <https://doi.org/10.1007/s10350-004-0897-0>
- Chaura-Guindic, L., Benavides-Leon, J., Villanueva-Herrero, J. A., Jiménez-Bobdilla, B., Abdo-Francis, J. M., & Hernández-Labra, E. (2011). Calidad de vida del paciente ostomizado. *Cir Cir*, 79(2), 149–55.
- Coca, C., de Larrinoa, I. F., Serrano, R., & García-Llana, H. (2015a). The Impact of Specialty Practice Nursing Care on Health-Related Quality of Life in Persons With Ostomies. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 42(3), 257–263.
- Collado, E. J., & García, P. (2016). Validación de un cuestionario específico de Calidad de Vida con una muestra de pacientes colostomizados o ileostomizados. *European Journal of Health Research*, 1(3).

- Collière, M. F. (1993). Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados. *Rol de Enfermería*, 179, 71–80.
- Collins, N., & Sulewski, C. (2011). *Nutritional Care of the Ostomy Patient*. HMP COMMUNICATIONS 83 GENERAL WARREN BLVD, STE 100, MALVERN, PA 19355 USA.
- Cornish, J. A., Tilney, H. S., Heriot, A. G., Lavery, I. C., Fazio, V. W., & Tekkis, P. P. (2007). A Meta-Analysis of Quality of Life for Abdominoperineal Excision of Rectum versus Anterior Resection for Rectal Cancer. *Annals of Surgical Oncology*, 14(7), 2056–2068. <https://doi.org/10.1245/s10434-007-9402-z>
- Cotrim, H., & Pereira, G. (2008a). Impact of colorectal cancer on patient and family: implications for care. *European Journal of Oncology Nursing*, 12(3), 217–226.
- Crespillo Díaz, A. Y., & Martín Muñoz, B. (2012). Viviendo con un estoma digestivo: la importancia del apoyo familiar. *Index de Enfermería*, 21(1-2), 43–47.
- Crespo, M., & Rivas, M. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*, 26(1), 9–15.

Crocker, L., & Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory*.

Culkin, A., Gabe, S. M., & Madden, A. M. (2009). Improving clinical outcome in patients with intestinal failure using individualised nutritional advice. *Journal of human nutrition and dietetics*, 22(4), 290–298.

Danielsen, A. K., Soerensen, E. E., Burcharth, K., & Rosenberg, J. (2013a). Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 40(4), 407–412.

Danielsen, A. K., Soerensen, E. E., Burcharth, K., & Rosenberg, J. (2013b). Learning to live with a permanent intestinal ostomy: impact on everyday life and educational needs. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 40(4), 407–412.

Davis, J. S., Svavarsdóttir, M. H., Pudło, M., Arena, R., Lee, Y., & Jensen, M. K. (2011). Factors impairing quality of life for people with an ostomy. *Gastrointestinal Nursing*, 9(Sup2), 14-18.  
<https://doi.org/10.12968/gasn.2011.9.Sup2.14>

De Frutos Muñoz, R., Solís Muñoz, M., Hernando López, A., Béjar Martínez, P., Navarro Antón, C., Mayo Serrano, N., ... Alonso

Durán, M. (2011). Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Metas de Enfermería*, 14(2), 24-31.

de Miguel Velasco, M., Jiménez Escovar, F., & Parajó Calvo, A.

(2014). Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. *Cirugía Española*, 92(3), 149-156.

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.09.011>

De Miguel Velasco, M., Jimenez Escovar, F., & Parajó Calvo, A.

(2014). Estado actual de la prevención y tratamiento de las complicaciones de los estomas. Revisión de conjunto. *Cirugía Española*, 92(3), 149-156.

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.09.011>

Díaz de Flores, L., Villalobos, D. de, Mercedes, M., Gallego de Pardo, P., Gómez Daza, B., Gómez de Obando, E., ... Cecilia, B. (2002). Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. *Aquichán*, 2(1), 19-23.

DiCenso, A., Housden, L., Heale, R., Carter, N., Canitz, B.,

MacDonald-Rencz, S., & Buckley, C. R. (2012). Incorporating a Health Policy Practicum in a Graduate Training Program to Prepare Advanced Practice Nursing Health Services

Researchers. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 13(4), 224-233. <https://doi.org/10.1177/1527154413484067>

Doody, O. (2014). The role and development of consultancy in nursing practice.

Dos Santos Pereira, A., Bernardi Cesarino, C., Ismael Martins, M., Halena Pinto, M., & Gomes Netinho, J. (2012). Asociación de los factores sociodemográficos y clínicos a la calidad de vida de los ostomizados. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 20(1).

Dulisse, B., & Cromwell, J. (2010). No harm found when nurse anesthetists work without supervision by physicians. *Health Affairs*, 29(8), 1469–1475.

El Cáncer en España 2016. ). Recuperado 17 de diciembre de 2016, a partir de <http://www.seom.org/es/prensa/el-cancer-en-espanyacom/105460-el-cancer-en-espana-2016?showall=1>

Elliott, N., Higgins, A., Begley, C., Lalor, J., Sheerin, F., Coyne, I., & Murphy, K. (2013). The identification of clinical and professional leadership activities of advanced practitioners: findings from the Specialist Clinical and Advanced Practitioner Evaluation study in Ireland. *Journal of Advanced Nursing*, 69(5), 1037-1050. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06090.x>

Erwin-Toth, P., Thompson, S. J., & Davis, J. S. (2012). Factors impacting the quality of life of people with an ostomy in North America: results from the Dialogue Study. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official Publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses Society*, 39(4), 417-422-424. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e318259c441>

Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M. J., Lucas-Carrasco, R., & Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 139(5), 579-586.

Estudio Coste-Efectividad- EstudioOstomias. (2015). Recuperado a partir de [http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs\\_revista/EstudioOstomias.pdf](http://www.consejogeneralenfermeria.org/docs_revista/EstudioOstomias.pdf)

Expósito Hernández, J., Escalera de Andrés, C., Torró García-Morato, C., Domínguez Nogueira, C., Amo Alfonso, M., Bayo Lozano, E., ... others. (2007). II Plan Integral de Oncología de Andalucía: 2007-2012.

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., ... Bray, F. (2014). GLOBOCAN 2012 v1. 0, Cancer incidence and mortality worldwide: IARC CancerBase No. 11. 2013.



*International Agency for Research on Cancer Web site. Available online: <http://globocan.iarc.fr> (accessed on 24 November 2014).*

Fernández-de-Maya, J., & Richart-Martínez, M. (2012). Variability of clinical practice in nursing. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(5), 809-816. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002012000500025>

Fernández-López, J. A., Hernández-Mejía, R., & Siegrist, J. (2001). El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Atención Primaria*, 28(10), 680-689. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70484-2](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70484-2)

Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience. *European Psychologist*.

Fontán, B. C., Ovelleiro, A. I. C., Torres, M. F. A., Goberna, M. D. C., Sanmartín, M. D. S., Losada, M. E. N., & Varela, M. J. C. (2016). La ostomía como causa de incapacidad laboral. *Metas de enfermería*, 19(1), 9.

Fridlund, B., Jönsson, A. C., Andersson, E. K., Bala, S.-V., Dahlman, G.-B., Forsberg, A., ... Samuelson, K. (2014). Essentials of Nursing Care in Randomized Controlled Trials of Nurse-Led

Interventions in Somatic Care: A Systematic Review. *Open Journal of Nursing*, 04(03), 181-197.

<https://doi.org/10.4236/ojn.2014.43023>

Fuchs, C. S., Giovannucci, E. L., Colditz, G. A., Hunter, D. J., Speizer, F. E., & Willett, W. C. (1994). A prospective study of family history and the risk of colorectal cancer. *New England Journal of Medicine*, 331(25), 1669-1674.

Fulham, J. (2008). Providing dietary advice for the individual with a stoma. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 17(2), S22-27. <https://doi.org/10.12968/bjon.2008.17.Sup1.28146>

Furlani, R., & Ceolim, M. F. (2002). Living with a permanent intestinal stoma: changes to be expected by patients with a stoma. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55(5), 586-591. <https://doi.org/10.5935/0034-7167.20020078>

Furlong, E., & Smith, R. (2005). Advanced nursing practice: policy, education and role development. *Journal of clinical nursing*, 14(9), 1059-1066.

García Manzanares, M. E., Montesinos Gálvez, A. C., de la Quintana Jiménez, P., & Vaquer Casas, G. (2015). Afectación psicológica y

calidad de vida del paciente ostomizado temporal y definitivo.

Estudio Stoma Feeling. *Metas de Enfermería*, 18(10), 24–31.

García Muñoz, I. (2013). Estudio de la supervivencia en el cáncer colorrectal en relación con el grado arquitectural sumatorio y topográfico.

García, P. R., Vián, Ó. H., Hernández, A. S. D. O., Alonso, A. I. R., & Jiménez, M. T. M. (2002). Enfermería de práctica avanzada: historia y definición. *Enfermería clínica*, 12(6), 286–289.

García Palomino, K. (2016). Características epidemiológicas en pacientes colostomizados por el servicio de colon HNERM durante el período enero 2013-diciembre 2014.

García-Calvente, M. del M., Mateo-Rodríguez, I., & Maroto-Navarro, G. (2004). El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(5), 83-92.

Gavidia Catalán, V., & Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, (26).

George, D., & Mallery, M. (2003). Using SPSS for Windows step by step: a simple guide and reference.

Goffman, E. E. (2014). La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu; 2008. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 394–400.

Goldberg, M., Aukett, L. K., Carmel, J., Fellows, J., & Pittman, J. (2010). Management of the Patient With a Fecal Ostomy: Best Practice Guideline for Clinicians. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 37(6), 596-598.  
<https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3181f97e37>

González, C. A., Navarro, C., Martínez, C., Quirós, J. R., Dorronsoro, M., Barricarte, A., ... others. (2004). El estudio prospectivo europeo sobre cáncer y nutrición (EPIC)(#). *Revista española de salud pública*, 78(2), 167–176.

González, H. G. M., Vera, F. X. H., Iturbide, R. E., & Montes, C. B. (2011). Estomas intestinales: Construcción y complicaciones. En *Anales médicos* (Vol. 56, pp. 205–209).

Guindic, L. C. (2006). Aspectos anecdóticos e históricos de las ileostomías y colostomías. *Revista Medica del Hospital General de Mexico*, 69(2), 113–118.

Guyatt, G., Feeny, D., & Patrick, D. (1991). Issues in quality-of-life measurement in clinical trials. *Control Clin Trials*, 12.  
[https://doi.org/10.1016/S0197-2456\(05\)80014-5](https://doi.org/10.1016/S0197-2456(05)80014-5)

- Haapamäki, J., Roine, R. P., Sintonen, H., Turunen, U., Färkkilä, M. A., & Arkkila, P. E. (2010). Health-related quality of life in inflammatory bowel disease measured with the generic 15D instrument. *Quality of Life Research*, 19(6), 919–928.
- Hamric, A. B., & others. (2005). A definition of advanced practice nursing. *Advanced practice nursing: An integrative approach*, 3, 85–108.
- Hanks, C. (2000). Advanced and Specialist Nursing Practice edited by George Castledine & Paula McGee. 1998. Blackwell Science, Oxford. ISBN 0 632 04248 6. Pp. 236. £14.95. *Journal of Clinical Nursing*, 9(4), 651-652. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2000.0374f.x>
- Harmer, B., & Henderson, V. (1955). *Textbook of the principles and practice of nursing*. Macmillan.
- Harris, C., & Shannon, R. (2008a). An Innovative Enterostomal Therapy Nurse Model of Community Wound Care Delivery: A Retrospective Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 35(2), 169–183.
- Harris, C., & Shannon, R. (2008b). An Innovative Enterostomal Therapy Nurse Model of Community Wound Care Delivery: A

Retrospective Cost-Effectiveness Analysis. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 35(2), 169–183.

Hernández Fernández, F. (2011). Impacto de un plan de intervención educativa en la calidad de vida del paciente ostomizado.

*REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 3(2).

Hinchliff, S., & Rogers, R. (2008). *Competencies for advanced nursing practice*. CRC Press. Recuperado a partir de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=6yLSBQAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Hinchliff+%26+Rogers+2008&ots=2PxwmgXMxR&sig=6tJfwGJ5poJhRoQltWpBLJK9DU4>

Hugosson, J., Carlsson, S., Aus, G., Bergdahl, S., Khatami, A., Lodding, P., ... Lilja, H. (2010). Mortality results from the Göteborg randomised population-based prostate-cancer screening trial. *The lancet oncology*, 11(8), 725–732.

Iqbal, F., Kujan, O., Bowley, D. M., Keighley, M. R. B., & Vaizey, C. J. (2016). Quality of Life After Ostomy Surgery in Muslim Patients: A Systematic Review of the Literature and Suggestions for Clinical Practice. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 43(4), 385-391.  
<https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000235>

Jain, S., McGory, M. L., Ko, C. Y., Sverdlik, A., Tomlinson, J. S., Wendel, C. S., ... Krouse, R. S. (2007). Comorbidities play a larger role in predicting health-related quality of life compared to having an ostomy. *The American Journal of Surgery*, 194(6), 774-779. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2007.08.020>

Juvinya-Canal, D. (2013). Salutogénesis, nuevas perspectivas para promover la salud. *Enfermería clínica*, 23(3), 87-88.

Kalashnikova, I., Achkasov, S., Fadeeva, S., & Vorobiev, G. (2011). The development and use of algorithms for diagnosing and choosing treatment of ostomy complications: results of a prospective evaluation. *Ostomy-Wound Management*, 57(1), 20.

Knowles, S. R., Cook, S. I., & Tribbick, D. (2013b). Relationship between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity: a preliminary study with IBD stoma patients. *Journal of Crohn's and Colitis*, 7(10), e471-e478.

Kring, D. L. (2008). Clinical Nurse Specialist Practice Domains and Evidence-Based Practice Competencies: A Matrix of Influence. *Clinical Nurse Specialist*, 22(4), 179-183.

<https://doi.org/10.1097/01.NUR.0000311706.38404.cf>

- Krouse, R., Grant, M., Ferrell, B., Dean, G., Nelson, R., & Chu, D. (2007). Quality of life outcomes in 599 cancer and non-cancer patients with colostomies. *The Journal of Surgical Research*, 138(1), 79-87. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2006.04.033>
- Kuzu, M. A., Topçu, Ö., Uçar, K., Ulukent, S., Ünal, E., Erverdi, N., ... Demirci, S. (2002). Effect of sphincter-sacrificing surgery for rectal carcinoma on quality of life in Muslim patients. *Diseases of the colon & rectum*, 45(10), 1359–1366.
- LeMone, P., & Burke, K. (2009). *Enfermería medicoquirúrgica: pensamiento crítico en la asistencia del paciente*. Pearson Prentice Hall.
- Leyva-Moral, J. M. (2008). Gestión de casos. Aproximación teórica. *Revista Rol de Enfermería*, 31(4), 259–264.
- Mahjoubi, B., Goodarzi, K. K., & Mohammad-Sadeghi, H. (2010). Quality of life in stoma patients: appropriate and inappropriate stoma sites. *World journal of surgery*, 34(1), 147–152.
- Mahjoubi, B., Mirzaei, R., Azizi, R., Jafarinia, M., & Zahedi-Shoolami, L. (2012). A cross-sectional survey of quality of life in colostomates: a report from Iran. *Health and quality of life outcomes*, 10(1), 1.



- Mahjoubi, B., Mohammadsadeghi, H., Mohammadipour, M., Mirzaei, R., & Moini, R. (2009). Evaluation of psychiatric illness in Iranian stoma patients. *Journal of psychosomatic research*, 66(3), 249–253.
- Marín, S. C. O. (2005). A propósito de la enfermería basada en la evidencia: algunos cuestionamientos, limitaciones y recomendaciones para su implementación. *Investigación y educación en enfermería*, 23(2), 138–146.
- Marquis, P., Marrel, A., & Jambon, B. (2003). Quality of life in patients with stomas: the Montreux Study. *Ostomy/wound management*, 49(2), 48–55.
- Martín Muñoz, B., & Montesinos Gálvez, A. C. (2011). Ayuda emocional entre pacientes ostomizados. *Biblioteca Lascasas [Internet]*, 7(2).
- Martín Muñoz, B., Panduro Jiménez, R. M., Crespillo Díaz, Y., Rojas Suárez, L., & González Navarro, S. (2010a). El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. *Index de Enfermería*, 19(2-3), 115–119.

Martín Muñoz, B., Panduro Jiménez, R. M., Crespillo Díaz, Y., Rojas Suárez, L., & González Navarro, S. (2010b). El proceso de afrontamiento en personas recientemente ostomizadas. *Index de Enfermería*, 19(2-3), 115–119.

Martínez Barreiro, A. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers: Revista de sociología*, (73), 127–152.

Martínez, J. C. (2015a). Estudio Stoma Life. Calidad de vida en los pacientes ostomizados un año después de la cirugía. *Metas de enfermería*, 18(8), 5.

MMartínez-Barreiro, A. (2004). La construcción social del cuerpo en las sociedades contemporáneas. *Papers: revista de sociología*, (73), 127-152.

McKenna, L. S., Taggart, E., Stoelting, J., Kirkbride, G., & Forbes, G. B. (2016a). The Impact of Preoperative Stoma Marking on Health-Related Quality of Life: A Comparison Cohort Study. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 43(1), 57–61.

McKenna, L. S., Taggart, E., Stoelting, J., Kirkbride, G., & Forbes, G. B. (2016b). The Impact of Preoperative Stoma Marking on

Health-Related Quality of Life: A Comparison Cohort Study.  
*Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 43(1), 57–61.

McMullen, C. K., Schneider, J., Altschuler, A., Grant, M., Hornbrook, M. C., Liljestrang, P., & Krouse, R. S. (2014). Caregivers as healthcare managers: health management activities, needs, and caregiving relationships for colorectal cancer survivors with ostomies. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 22(9), 2401-2408. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2194-3>

Estudio Coste-Efectividad.doc - EstudioOstomias.pdf. (s. f.).

Monés, J. (2004). ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cirugía Española*, 76(2), 71-77.  
[https://doi.org/10.1016/S0009-739X\(04\)72363-5](https://doi.org/10.1016/S0009-739X(04)72363-5)

Montoro, C. H., González, J. S., Amezcua, M., de las Nieves, C. B., Montero, S. P., & Mañas, M. C. (2012). Comprendiendo el padecimiento humano ante la enfermedad: manifestaciones, contexto y estrategias1.

Moorhead, S., & Johnson, M. (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Elsevier Health Sciences.

Morales-Asencio, J. M. (2014). Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enfermería Clínica*, 24(1), 23–34.

Morillas, J. D., Castells, A., Oriol, I., Pastor, A., Pérez-Segura, P., Echevarría, J. M., ... others. (2012). Alianza para la prevención del cáncer de colon en España: un compromiso cívico con la sociedad. *Gastroenterología y Hepatología*, 35(3), 109–128.

Mota, M. S., Gomes, G. C., Petuco, V. M., Heck, R. M., Barros, E. J. L., & Gomes, V. L. de O. (2015). Facilitators of the transition process for the self-care of the person with stoma: subsidies for Nursing. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 82–88.

Mueller, S., & Reimanis, C. (2012). Ostomy Care Literature Review 2011: *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 39, S14-S17. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e31825dd6a4>

Mukherjee, S. (2014). *El emperador de todos los males: Una biografía del cáncer*. Debate.

Muñoz, R. de F., Muñoz, M. S., López, A. H., Martínez, P. B., Antón, C. N., Serrano, N. M., ... Durán, M. A. (2011). Calidad de vida de los pacientes con colostomía e ileostomía a corto y medio plazo. *Metas de enfermería*, 14(2), 24-31.

Nagelhout, J. J., Elisha, S., & Plaus, K. (2013). *Nurse anesthesia*. Elsevier Health Sciences. Recuperado a partir de [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=7KKiX2qiQS8C&oi=fnd&pg=PP1&dq=Nagelhout+%26+Plaus+2013&ots=6d7DOcDRJG&sig=GhJZsgc\\_Of6DFZakAfIpqiGEA\\_8](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=7KKiX2qiQS8C&oi=fnd&pg=PP1&dq=Nagelhout+%26+Plaus+2013&ots=6d7DOcDRJG&sig=GhJZsgc_Of6DFZakAfIpqiGEA_8)

Nastro, P., Knowles, C. H., McGrath, A., Heyman, B., Porrett, T. R. C., & Lunniss, P. J. (2010). Complications of intestinal stomas. *British Journal of Surgery*, 97(12), 1885-1889. <https://doi.org/10.1002/bjs.7259>

Nieves, C. B. de las, & Mañas, M. C. (2008). Efectividad de la enseñanza preoperatoria para el manejo del estoma frente a la educación postoperatoria tradicional en personas sometidas a cirugía colorrectal. *Evidentia: Revista de enfermería basada en la evidencia*, 5(22), 7-.

Nightingale, F. (1947). Notes on nursing. *AJN The American Journal of Nursing*, 47(7), 508.

- O'Boyle, C. A. (1994). The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life (SEIQoL). *International Journal of Mental Health*, 23(3), 3-23. <https://doi.org/10.1080/00207411.1994.11449285>
- Olbrisch, M. E. (1983a). Development and validation of the Ostomy Adjustment Scale. *Rehabilitation Psychology*, 28(1), 3.
- Olbrisch, M. E. (1983b). Development and validation of the Ostomy Adjustment Scale. *Rehabilitation Psychology*, 28(1), 3-12. <https://doi.org/10.1037/h0090996>
- Organización Mundial de la, S. (2004). Invertir en salud mental. *Invertir en salud mental*.
- Orsini, R. G., Thong, M. S. Y., van de Poll-Franse, L. V., Slooter, G. D., Nieuwenhuijzen, G. a. P., Rutten, H. J. T., & de Hingh, I. H. J. T. (2013). Quality of life of older rectal cancer patients is not impaired by a permanent stoma. *European Journal of Surgical Oncology: The Journal of the European Society of Surgical Oncology and the British Association of Surgical Oncology*, 39(2), 164-170. <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2012.10.005>
- O'Sullivan, B., Brierley, J., & others. (2015). *UICC manual of clinical oncology*. John Wiley and Sons, Ltd.,. Recuperado a partir de <http://78.39.227.9/handle/Hannan/83334>

P, de la Q. J., C, P. J., I, P. H., C, P. L., M, G. F., C, de M. C., ... B, E.

(2010). A prospective, longitudinal, multicenter, cohort quality-of-life evaluation of an intensive follow-up program for patients with a stoma. *Ostomy/Wound Management*, 56(5), 44-52.

Pabón-Varela, Y., Paez-Hernandez, K. S., Rodriguez-Daza, K. D., Medina-Atencia, C. E., López-Tavera, M., & Salcedo-Quintero, L. V. (2015). Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. *Duazary*, 12(2), 157-163.

Pachler, J., & Wille-Jørgensen, P. (2012a). Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent colostomy. En The Cochrane Collaboration (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.  
Recuperado a partir de  
<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004323.pub4>

Pachler, J., & Wille-Jørgensen, P. (2012b). Quality of life after rectal resection for cancer, with or without permanent colostomy. En *Cochrane Database of Systematic Reviews*. John Wiley & Sons, Ltd.

Pachocka, L. M., & Urbanik, A. (2016). [Principles of nutrition in patients with newly appointed stoma]. *Wiadomosci Lekarskie (Warsaw, Poland: 1960)*, 69(1), 33-36.

- Palma, E., Simonetti, V., Franchelli, P., Pavone, D., & Cicolini, G. (2012a). An observational study of family caregivers' quality of life caring for patients with a stoma. *Gastroenterology Nursing*, 35(2), 99–104.
- Palma, E., Simonetti, V., Franchelli, P., Pavone, D., & Cicolini, G. (2012b). An Observational Study of Family Caregivers' Quality of Life Caring for Patients With a Stoma: *Gastroenterology Nursing*, 35(2),99-104.<https://doi.org/10.1097/SGA.0b013e31824c2326>
- Papps, E., & Roberts, M. J. (s. f.). Nurse Practitioners' Practice and their Impact on Primary Health Care Delivery. Recuperado a partir de [https://www.researchgate.net/profile/Clare\\_Harvey/publication/275378980\\_Nurse\\_Practitioners'\\_and\\_their\\_Impact\\_on\\_Primary\\_Health\\_Care\\_Delivery/links/553b4ca20cf245bdd76467ce.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Clare_Harvey/publication/275378980_Nurse_Practitioners'_and_their_Impact_on_Primary_Health_Care_Delivery/links/553b4ca20cf245bdd76467ce.pdf)
- Parrilla Paricio, P., Jaurrieta Mas, E., & Moreno Azcoita, M. (2005). Cirugía AEC: Manual de Asociación Española de Cirujanos. *Madrid: Editorial Médica Latinoamericana SA*, 739–816.
- Pat Castillo, L., Espinosa Estevez, J. M., del Pilar Sánchez Bautista, M., Cruz Castañeda, O., Cano Garduño, M. A., Rivas, J. G., & Hernández Corral, S. (2010). Intervención educativa de enfermería para la rehabilitación de personas con una ostomía. *Enfermería universitaria*, 7(2), 9–14.



- Pedro Gómez, J. E. de, & Morales Asencio, J. M. (2004). Las organizaciones?` favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index de Enfermería*, 13(44-45), 26–31.
- Perdiguero, E., Comelles, J. M., Erkoreka, A., Perdiguero, E., & Comelles, J. M. (2000). Cuarenta años de antropología de la medicina en España (1960-2000). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra*, 353–446.
- Pereira, A. P. dos S., Cesarino, C. B., Martins, M. R. I., Pinto, M. H., & Netinho, J. G. (2012). Associations among socio-demographic and clinical factors and the quality of life of ostomized patients. *Revista latino-americana de enfermagem*, 20(1), 93–100.
- Pérez Tamayo, R., & Tamayo, R. P. (1988). *El concepto de enfermedad: su evolución a través de la historia*. Recuperado a partir de <http://www.sidalc.net/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=AGRIUAN.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=008535>
- Persson, E., Gustavsson, B., Hellström, A.-L., Lappas, G., & Hultén, L. (2005). Ostomy patients' perceptions of quality of care. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 51-58.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03263.x>

Pittman, J., Kozell, K., & Gray, M. (2009a). Should WOC Nurses Measure Health-Related Quality of Life in Patients Undergoing Intestinal Ostomy Surgery? *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 36(3), 254–265.

Pittman, J., Kozell, K., & Gray, M. (2009b). Should WOC Nurses Measure Health-Related Quality of Life in Patients Undergoing Intestinal Ostomy Surgery?: *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 36(3), 254-265.

<https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3181a39347>

Pittman, J., Kozell, K., & Gray, M. (2009c). Should WOC Nurses Measure Health-Related Quality of Life in Patients Undergoing Intestinal Ostomy Surgery? *Journal of Wound*, 36(3), 254-265.

<https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3181a39347>

Pittman, J., Rawl, S. M., Schmidt, C. M., Grant, M., Ko, C. Y., Wendel, C., & Krouse, R. S. (2008). Demographic and clinical factors related to ostomy complications and quality of life in veterans with an ostomy. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 35(5), 493–503.

- Plata, K., & Majewski, W. (2007). [Quality of life of stoma patients after colorectal surgery and possibilities of its improvement]. En *Annales Academiae Medicae Stetinensis* (Vol. 54, pp. 77–85). Recuperado a partir de <http://europepmc.org/abstract/med/19374236>
- Pomazkin, V. I. (2008). [Influence of age on quality of life of patients with intestinal stoma]. *Advances in gerontology= Uspekhi gerontologii/Rossiiskaia akademiia nauk, Gerontologicheskoe obshchestvo*, 22(2), 322–325.
- Prieto, L., Thorsen, H., & Juul, K. (2005). Development and validation of a quality of life questionnaire for patients with colostomy or ileostomy. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3, 62. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-3-62>
- Pulcini, J., Jelic, M., Gul, R., & Loke, A. Y. (2010). An international survey on advanced practice nursing education, practice, and regulation. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(1), 31–39.
- Quintero, M. del C. V. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacia la promoción de la salud*, 12, 41–50.

Rautio, T., Kairaluoma, M., & Sand, J. (2016). Novel techniques in the treatment of rectal cancer. *Duodecim; lääketieteellinen aikakauskirja*, 132(12), 1160.

Recalla, S., English, K., Nazarali, R., Mayo, S., Miller, D., & Gray, M. (2013a). Ostomy care and management: a systematic review. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 40(5), 489–500.

Recalla, S., English, K., Nazarali, R., Mayo, S., Miller, D., & Gray, M. (2013b). Ostomy Care and Management: A Systematic Review. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 40(5), 489–500. <https://doi.org/10.1097/WON.0b013e3182a219a1>

Recuero Vázquez, M. (2016). Revisión bibliográfica de la intervención educativa en el paciente colostomizado. *REDUCA (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 8(1).

Revel Chion, A., Meinardi, E., & Adúriz-Bravo, A. (2013). Elementos para un análisis histórico-epistemológico del concepto de salud con implicaciones para la enseñanza de la Biología. *Philosophy & History of Biology/Filosofia e História da Biologia*, 8(1).

- Robinson, B. C. (1983). Validation of a caregiver strain index. *Journal of gerontology*, 38(3), 344–348.
- Rogero-García, J. (2009). Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista española de salud pública*, 83(3), 393–405.
- Roig, J. V., Solana, A., & Alós, R. (2003). Tratamiento quirúrgico y resultados del cáncer de colon. *Cirugía Española*, 73(1), 20–24.
- Rostas III, J. W. (2012). Preventing Stoma-Related Complications: Techniques for Optimal Stoma Creation. *Seminars in Colon and Rectal Surgery*, 23(1), 2-9.  
<https://doi.org/10.1053/j.scrs.2011.10.002>
- Ruiz-Ramos, M., Escolar Pujolar, A., & Hermosín Bono, T. (2005a). Mortalidad por cáncer colorrectal en Andalucía: aportaciones al cribado poblacional. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 97(2), 104–114.
- Ruiz-Ramos, M., Escolar Pujolar, A., & Hermosín Bono, T. (2005b). Mortalidad por cáncer colorrectal en Andalucía: aportaciones al cribado poblacional. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 97(2), 104–114.

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

Ruiz-Tovar, J., Morales-Castiñeiras, V., & Lobo-Martínez, E. (2010).

Complicaciones posoperatorias de la cirugía colónica. *Cirugía y Cirujanos*, 78(3), 282–291.

Sackett, D. L. G., Haynes, G. H., & R Brian Tugwell, P. (1994).

*Epidemiología clínica: ciencia básica para la medicina clínica*.  
Médica Panamericana,.

Salvadaleña, G. (2008). Incidence of complications of the stoma and

peristomal skin among individuals with colostomy, ileostomy,  
and urostomy: a systematic review. *Journal of Wound, Ostomy,  
and Continence Nursing: Official Publication of The Wound,  
Ostomy and Continence Nurses Society*, 35(6), 596-607-609.  
<https://doi.org/10.1097/01.WON.0000341473.86932.89>

Salvadaleña, G. D. (2013). The incidence of stoma and peristomal

complications during the first 3 months after ostomy creation.  
*Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing: Official  
Publication of The Wound, Ostomy and Continence Nurses  
Society*, 40(4), 400-406.  
<https://doi.org/10.1097/WON.0b013e318295a12b>

Santamaría, M. P., Barrera, V. H., Ortega, G. L. A., Aragonés, N., &

Gómez, B. P. (2004). Situación del cáncer en España: incidencia.  
En *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 27, pp. 165–  
333

174). Gobierno de Navarra. Recuperado a partir de  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=951009>

Santander A, C., Astudillo D, P., & Manterola D, C. (2013).  
Procedimiento de Hartmann vs resección y anastomosis primaria  
en peritonitis diverticular de colon izquierdo por cirugía abierta:  
Revisión sistemática de la literatura. *Revista chilena de cirugía*,  
65(3), 271-278. <https://doi.org/10.4067/S0718-40262013000300014>

Sastre-Fullana, P., De Pedro-Gómez, J. E., Bennasar-Veny, M.,  
Fernández-Domínguez, J. C., Sesé-Abad, A. J., & Morales-  
Asencio, J. M. (2015). Consenso sobre competencias para la  
enfermería de práctica avanzada en España. *Enfermería Clínica*,  
25(5), 267-275. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.007>

Schmidt, C. E., Bestmann, B., Kuchler, T., Longo, W. E., & Kremer, B.  
(2005). Impact of age on quality of life in patients with rectal  
cancer. *World Journal of Surgery*, 29(2), 190-197.  
<https://doi.org/10.1007/s00268-004-7556-4>

Schmidt, C. E., Bestmann, B., Kuchler, T., Longo, W. E., Rohde, V., &  
Kremer, B. (2005). Gender Differences in Quality of Life of  
Patients with Rectal Cancer. A Five-Year Prospective Study.

*World Journal of Surgery*, 29(12), 1630-1641.

<https://doi.org/10.1007/s00268-005-0067-0>

Schober, M., & Affara, F. (2009). *International Council of Nurses: advanced nursing practice*. John Wiley & Sons.

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*, 9(2), 09–21.

Seo, S. I., Yu, C. S., Kim, G. S., Lee, J. L., Yoon, Y. S., Kim, C. W., ... Kim, J. C. (2013b). Characteristics and Risk Factors Associated with Permanent Stomas After Sphincter-Saving Resection for Rectal Cancer. *World Journal of Surgery*, 37(10), 2490-2496.  
<https://doi.org/10.1007/s00268-013-2145-z>

Shabbir, J., & Britton, D. C. (2010). Stoma complications: a literature overview. *Colorectal Disease*, 12(10), 958-964.  
<https://doi.org/10.1111/j.1463-1318.2009.02006.x>

Shumaker, S. A., & Berzon, R. A. (1995). *The international assessment of health-related quality of life: theory, translation, measurement, and analysis*. Rapid communications.

Silva, A. L., & Shimizu, H. E. (2006). The meaning of the new way of life of individuals with permanent intestinal ostomy. *Revista latino-americana de enfermagem*, 14(4), 483–490.



- Simmons, K. L. (2014a). A view from here: psychosocial issues in colostomy care. *Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing*, 41(1), 55–59.
- Simmons, K. L., Smith, J. A., Bobb, K.-A., & Liles, L. L. M. (2007). Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 60(6), 627-635. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04446.x>
- Soerjomataram, I., Lortet-Tieulent, J., Parkin, D. M., Ferlay, J., Mathers, C., Forman, D., & Bray, F. (2012). Global burden of cancer in 2008: a systematic analysis of disability-adjusted life-years in 12 world regions. *The Lancet*, 380(9856), 1840–1850.
- Steele, S. R., Bleier, J., Champagne, B., Hassan, I., Russ, A., Senagore, A. J., ... Pigazzi, A. (2014). Improving Outcomes and Cost-Effectiveness of Colorectal Surgery. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 18(11), 1944-1956. <https://doi.org/10.1007/s11605-014-2643-9>
- Stoma Care (1)*. (2008). Hoboken, GB: Wiley. Recuperado a partir de <http://site.ebrary.com/lib/alltitles/docDetail.action?docID=10301099>

- Suess, A., March, J. C., Prieto, M. A., Escudero, M. J., Cabeza, E., & Pallicer, A. (2006). El proceso asistencial de cáncer: necesidades y expectativas de los usuarios. *Oncología (Barcelona)*, 29(9), 13-23.
- Symms, M. R., Rawl, S. M., Grant, M., Wendel, C. S., Coons, S. J., Hickey, S., ... Krouse, R. S. (2008). Sexual health and quality of life among male veterans with intestinal ostomies. *Clinical Nurse Specialist*, 22(1), 30-40.
- Tal, R., Cohen, M. M., Yossepowitch, O., Golan, S., Regev, S., Zertzer, S., & Baniel, J. (2012a). An ileal conduit--who takes care of the stoma? *The Journal of Urology*, 187(5), 1707-1712.  
<https://doi.org/10.1016/j.juro.2011.12.064>
- Terwee, C. B., Dekker, F. W., Wiersinga, W. M., Prummel, M. F., & Bossuyt, P. M. M. (s. f.). On assessing responsiveness of health-related quality of life instruments: Guidelines for instrument evaluation. *Quality of Life Research*, 12(4), 349-362.  
<https://doi.org/10.1023/A:1023499322593>
- Timonet Andreu, E. M. (2014). Efectos de la complejización del proceso en pacientes con insuficiencia cardiaca y sus cuidadores. Estudio de cohortes [info:eu-repo/semantics/doctoralThesis].

Recuperado 4 de diciembre de 2016, a partir de  
<http://www.riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/8497>

Tirado-Gómez, L., & Mohar-Betancourt, A. (2008). Epidemiología del cáncer de colon y recto. *Gaceta Sociedad Española de Oncología Médica*, 7(S4), 3–11.

Torquato, L. A., & Decesaro, M. (2014a). The adjustments experienced by persons with an ostomy: an integrative review of the literature. *Ostomy/wound management*, 60(10), 34–42.

Torquato, L. A., & Decesaro, M. (2014b). The adjustments experienced by persons with an ostomy: an integrative review of the literature. *Ostomy/wound management*, 60(10), 34–42.

URZÚA, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358–365.

Vega Angarita, O. M., & González Escobar, D. S. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería global*, (16), 0–0.

Vinaccia, S., Quiceno, J. M., & Remor, E. (2012). Resiliencia, percepción de enfermedad, creencias y afrontamiento espiritual-religioso en relación con la calidad de vida relacionada con la

salud en enfermos crónicos colombianos. *Anales de psicología*, 28(2), 366–377.

Viñes, J. J., Ardanaz, E., Arrazola, A., & Gaminde, I. (2003).

Epidemiología poblacional de cáncer colorrectal: revisión de la causalidad. En *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 26, pp. 79–97). SciELO Espana.

Vonk-Klaassen, S. M., Vocht, H. M. de, Ouden, M. E. M. den, Eddes, E.

H., & Schuurmans, M. J. (2015). Ostomy-related problems and their impact on quality of life of colorectal cancer ostomates: a systematic review. *Quality of Life Research*, 25(1), 125-133. <https://doi.org/10.1007/s11136-015-1050-3>

Williams, J. (2008). Flatus, odour and the ostomist: coping strategies

and interventions. *British Journal of Nursing*, 17(2).  
[i%2F1wJT%2B%2BwxinwohtKUaM04OLuIqcERaHfZCnUNupIeR  
SzXw%3D%3D&crl=c](https://doi.org/10.1007/s11136-015-1050-3)

Youngberg, D. R. M. (2007). Wound, Ostomy, Continence Nurse

Consulting. *Home Health Care Management & Practice*, 19(4), 245-254. <https://doi.org/10.1177/1084822306298783>

## **15. ANEXOS**

### **Anexo1: Registered Nurses Association of Ontario**

<b>FASE PREOPERATORIA</b>	<b>FASE POSTOPERATORIA</b>	<b>FASE AMBULATORIA</b>
Se realiza valoración necesidades de enfermería a pacientes sometidos a una cirugía de ostomía.	Hay constancia en la historia de que se evalúa el estoma inmediatamente después de la operación	Hay constancia en la historia de que se evalúa el estoma inmediatamente después de la operación
Se evalúan aspectos culturales y espirituales	Existencia en la historia clínica evaluación estado del estoma y de la piel periestomal con cada cambio del dispositivo de ostomía	Existencia en la historia clínica evaluación estado del estoma y de la piel periestomal con cada cambio del dispositivo de ostomía
Se evalúan aspectos económicos	Existencia en la historia con una herramienta de clasificación validada las posibles complicaciones.	Existencia en la historia con una herramienta de clasificación validada las posibles complicaciones.
Se evalúan aspectos evaluación funcional (capacidades cognitivas y psicomotoras ,destreza, vista o audición)	Se identifican los factores que generan complicaciones en la colostoma	Se identifican los factores que generan complicaciones en la colostomía
Se ofrece una terapia de relajación muscular a los pacientes	Se realiza conciliación de tratamiento	
Se realiza formación preoperatoria al paciente y a su familia.	Se realiza continuidad asistencial	
Constancia en la historia del impacto de la ostomía en las relaciones íntimas y la función sexual del paciente y su pareja.	Se realiza plan de cuidados(Metodología Enfermera)	
Existe constancia en la historia clínica de haber informado al paciente sobre la colostomía	Se realiza evaluación nutricional	

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS**

**SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

Existencia en la historia clínica de haber informado a la familia /cuidador sobre la colostomía	El paciente es valorado por la nutricionista	
Se ha realizado marcaje del estoma antes de la cirugía	Se realiza educación /enseñanza al paciente sobre cambio de bolsa o dispositivos	
	Se realiza educación /enseñanza al cuidador principal	
	Se realiza educación dietética y nutrición	
	Se realiza educación sobre complicaciones	

## **Anexo 2: Índice de Esfuerzo del Cuidador**



Servicio Andaluz de Salud  
CONSEJERÍA DE SALUD

**Nombre**

**Fecha**

**Unidad/Centro**

**Nº Historia**

### **ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR**

**Población diana:** Población cuidadora de personas dependientes en general. Se trata de una entrevista semiestructurada que consta de 13 ítems con respuesta dicotómica Verdadero – Falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

**Instrucciones para el profesional:** Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes que han regresado a casa tras una estancia en el Hospital ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso? (aporte ejemplos).

1. Tiene trastornos de sueño (Ej. porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche)	SI	NO
2. Es un inconveniente (Ej. porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar).	SI	NO
3. Representa un esfuerzo físico (Ej. hay que sentarlo, levantarlo de una silla).	SI	NO
4. Supone una restricción (Ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas).	SI	NO
5. Ha habido modificaciones en la familia (Ej. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)	SI	NO
6. Ha habido cambios en los planes personales (Ej. se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)	SI	NO
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. por parte de otros miembros de la familia)	SI	NO
8. Ha habido cambios emocionales (Ej. causa de fuertes discusiones)	SI	NO
9. Algunos comportamientos son molestos (Ej. la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas)	SI	NO
10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. es un persona diferente de antes).	SI	NO
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda)	SI	NO
12. Es una carga económica	SI	NO
13. Nos ha desbordado totalmente (Ej. por la preocupación acerca de persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento).	SI	NO
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

### **Bibliografía**

- Moral Serrano MS, Juan Ortega J, López Matoses MJ & Pellicer Magraner P. Perfil de riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes interesados en su domicilio. Atención Primaria. 2003; 32(2): 77-85.
- López Alonso SR, Moral Serrano MS. Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española. Enferm Comun 2005; 1(1): 12-17.

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

## **Anexo 3: Cuestionario Stoma-Qol**

**Stoma-QOL**  
**Cuestionario de calidad de vida para personas con ostomía**

Paciente iniciales \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

*Por favor, marque en cada pregunta aquella respuesta que mejor describa cómo se siente usted en este momento*

	Siempre	A veces	Raras veces	Jamais
1. Me pongo nervioso/a cuando la bolsa esta llena.	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
2. Me preocupa que la bolsa se despegue	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
3. Cuando estoy fuera de casa necesito saber dónde está el aseo más cercano	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
4. Me preocupa el olor que se pueda desprender de la bolsa	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
5. Me preocupan los ruidos del intestino	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
6. Necesito descansar durante el día	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
7. La bolsa condiciona la ropa que me puedo poner	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
8. Me siento cansado/a durante el día	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
9. Siento que he perdido mi atractivo sexual debido al estoma	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
10. Duermo mal por la noche	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
11. Me preocupa que la bolsa haga ruido al moverme o al rozar con la ropa	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
12. Me disgusta mi cuerpo	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
13. Me resulta difícil pasar la noche fuera de casa	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
14. Me cuesta disimular que llevo una bolsa	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
15. Me preocupa ser una carga para las personas que me rodean	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
16. Evito el contacto físico con mis amigos (por ejemplo al bailar)	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
17. Me resulta difícil estar con otras personas debido al estoma	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
18. Me da miedo conocer gente nueva	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
19. Me siento solo/a incluso cuando estoy con otras personas	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>
20. Me preocupa que mi familia se sienta incómoda conmigo debido al estoma	<input type="checkbox"/> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> <sup>4</sup>

Gracias por contestar al cuestionario

Date of issue 31-Oct-2008

Page 2 of 23



## **Anexo 4: Cuestionario: Valoración Socio Familiar**

### **RIESGO SOCIAL - ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR -**

**Población diana:** Población mayor de 65 años. Se trata de una escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems. El punto de corte para la detección de riesgo social es igual o mayor a 16. El punto de corte para la detección de riesgo social es 16. La probabilidad de riesgo es 78, la sensibilidad es 15.50, y la especificidad es 99.80.

<b>A. Situación familiar</b>	
Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5
<b>B. Situación económica</b>	
Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI – FAS – Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5
<b>C. Vivienda</b>	
Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5
<b>D. Relaciones sociales</b>	
Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5
<b>E. Apoyo de la red social</b>	
Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Tiene cuidados permanentes	5
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

## **Anexo 5: Solicitud de Consentimiento Informado**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO – CONSENTIMIENTO POR ESCRITO DEL PACIENTE**

Estudio "IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"

Yo (Nombre y Apellidos): \_\_\_\_\_

• He leído el documento informativo que acompaña a este consentimiento (Información al Paciente).

• He podido hacer preguntas sobre el estudio "Impacto en la calidad de vida y utilización de recursos sanitarios en pacientes con colostomía permanente"

• He recibido suficiente información sobre el "Impacto en la calidad de vida y utilización de recursos sanitarios en pacientes con colostomía permanente"

• He hablado con el profesional sanitario informador: \_\_\_\_\_

• Comprendo que mi participación es voluntaria y soy libre de participar o no en el estudio.

• Se me ha informado que todos los datos obtenidos en este estudio serán confidenciales y se tratarán conforme establece la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99.

• Se me ha informado de que la donación/información obtenida sólo se utilizará para los fines específicos del estudio. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto titulado "Impacto en la calidad de vida y utilización de recursos sanitarios en pacientes con colostomía permanente"

Firma del paciente o firma del representante legal en su caso y firma del sanitario informador

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

**Anexo 6: Competencia "Manejo del paciente ostomizado"**

<b>Competencia: Manejo del paciente ostomizado</b>	
<b>DEFINICIÓN:</b>	El enfermero responsable desarrollará los cuidados más adecuados para el control y seguimiento del paciente ostomizado en el ámbito hospitalario, desarrollando para ello las intervenciones apropiadas de forma interdisciplinar.
<b>NIVEL I</b>	<p>1. Buena práctica: El enfermero realiza los cuidados adecuados en la manipulación de la ostomía (ileostomía, colostomía).  <b>Evidencia:</b> El enfermero realiza correctamente el procedimiento y lo registra en la historia clínica. Cuidados de la ostomía. (0480)(2)  <b>Prueba:</b> Certificado de evaluación in situ de 2 intervenciones indicadas en cada prueba firmado por el evaluador/tutor.</p>
<b>NIVEL I</b>	<p>2. Buena práctica: El enfermero realiza una adecuada educación sanitaria dirigida al aprendizaje sobre los cuidados en el manejo de estomas.  <b>Evidencia:</b> Registro en la historia de enfermería Cuidados de la ostomía (0480).  <b>Prueba:</b> Auditoría de 2 historias.</p>
<b>NIVEL II</b>	<p>3. Buena práctica: El enfermero realiza los cuidados adecuados en la manipulación de la ostomía (ileostomía, colostomía).  <b>Evidencia:</b> El enfermero realizará correctamente los cuidados de la dilatación estomal. (2)  <b>Prueba:</b> Certificado de evaluación in situ de 2 intervenciones de cada prueba.</p>
<b>NIVEL II</b>	<p>4. Buena práctica: El enfermero realiza una adecuada planificación de cuidados, mediante la entrega al paciente o familiar de un informe de continuidad o recomendaciones al alta.  <b>Evidencia:</b> Registro en la historia de enfermería de una adecuada planificación de cuidados.  <b>Prueba:</b> Autoauditoría de 2 historias clínicas donde se registre dicha intervención.</p>
<b>NIVEL II</b>	<p>5. Buena práctica: El enfermero realizará una técnica y valoración adecuada que garantice al paciente la aceptación de su imagen corporal.  <b>Evidencia:</b> Registro de la mejora objetiva del criterio de resultados (trastorno de imagen corporal) en el informe o historia de enfermería.  <b>Prueba:</b> Autoauditoría de 2 historias clínicas donde se refleje dicha práctica.</p>
<b>NIVEL III</b>	<p>6. Buena práctica: El enfermero participa en la evaluación y educación preoperatorio del paciente, realizando el marcaje de la zona de localización de la futura ostomía.  <b>Evidencia:</b> El enfermero realizará correctamente la evaluación y educación preoperatoria y lo registra en la historia de enfermería.  <b>Prueba:</b> Certificado de evaluación in situ de 2 intervenciones de cada prueba.</p>
<b>NIVEL III</b>	<p>7. Buena práctica: Incorporación Evidencias científicas y de la práctica propia en los cuidados aplicados al paciente ostomizado.  <b>Evidencia:</b> Búsqueda bibliográfica e incorporación de algún aspecto que mejore la evolución.  <b>Prueba:</b> Informe al responsable de la unidad de la búsqueda de resultados o de las mejoras objetivas (2 pacientes con mejoras objetivas).</p>

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

## **Anexo 7: Mapa Competencial ASCS "Ostomias"**

### **NIVEL I**

<div>  <div> <b>Explotación: Listado por Competencia/Nivel</b>            Agencia Sanitaria Costa del Sol            CONSEJERÍA DE SALUD         </div> </div>							
Servicio	Unidad	Competencia	Nivel	Cod. Trabajador	Nombre	Apellido 1	Apellido 2
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	1	2004	MARTA	ALES	VERA
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	1	2442	EVA	DELGADO	GUITIAN
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	1	2442	EVA	DELGADO	GUITIAN
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	1	2050	MARI CARMEN	HURTADO	MONTERO
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	1	2050	MARI CARMEN	HURTADO	MONTERO
Quirofano	Quirofano	HQC.OST.51	1	2009	ANA MARIA	ROSADO	CASTILLO
Quirofano	Quirofano	HQC.OST.51	1	2009	ANA MARIA	ROSADO	CASTILLO
Sin Definir	Sin definir	HQC.OST.51	1	2005	LORENA	FONTALBA	
Sin Definir	Sin definir	HQC.OST.51	1	2005	LORENA	FONTALBA	

### **NIVEL II**

<div>  <div> <b>Explotación: Listado por Competencia/Nivel</b>            Agencia Sanitaria Costa del Sol            CONSEJERÍA DE SALUD         </div> </div>							
Servicio	Unidad	Competencia	Nivel	Cod. Trabajador	Nombre	Apellido 1	Apellido 2
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	2	801	LEONOR	GOMEZ	GUIJARRO
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	2	1128	DESEADA	CORDON	CASTILLO
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	2	1451	LAURA	PEREZ	SANCHEZ
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	2	1451	LAURA	PEREZ	SANCHEZ
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	2	1406	SILVIA	BARRERO	SOJO
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	2	1406	SILVIA	BARRERO	SOJO
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	2	1512	CARMEN	CABELLO	REINA
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	2	1128	DESEADA	CORDON	CASTILLO
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	2	1512	CARMEN	CABELLO	REINA
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	2	947	RAQUEL	MOLINA	REY
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	2	801	LEONOR	GOMEZ	GUIJARRO
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	2	896	ESTHER	MOYANO	JIMENEZ
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	2	896	ESTHER	MOYANO	JIMENEZ
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	2	945	RAQUEL	MARQUEZ	PAJARES
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	2	947	RAQUEL	MOLINA	REY
CEX	CEX	HQC.OST.51	2	606	MABEL	ELORZA	
Sin Definir	Sin definir	HQC.OST.51	2	841	RAFAEL	BARRIOS	GARCIA

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

**Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez**

**NIVEL III**

## Explotación: Listado por Competencia/Nivel



Agencia Sanitaria Costa del Sol  
CONSEJERÍA DE SALUD

Servicio	Unidad	Competencia	Nivel	Cod. Trabajador	Nombre	Apellido 1	Apellido 2
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	3	1656	MARIA ISABEL	GONZALEZ	PERAL
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	3	1656	MARIA ISABEL	GONZALEZ	PERAL
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	3	1208	MARGARITA	DE MIGUEL	LUKEN
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	3	1208	MARGARITA	DE MIGUEL	LUKEN
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	3	1088	MARIA JOSE	HERRERA	CANDILES
Cirugía	U.H-2100	HQC.OST.51	3	1088	MARIA JOSE	HERRERA	CANDILES
Sin Definir	Sin definir	HQC.OST.51	3	4	PURIFICACION	ALCALA	GUTIERREZ

**"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS  
SANITARIOS EN PACIENTES CON COLOSTOMIA PERMANENTE"**

***Doctoranda: Purificación Alcalá Gutiérrez***

